

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TESIS

“Diagnóstico de Salud de la Comunidad de Zambrano y sus Areas de Influencia”.

PRESENTADO POR:

Sonia Carolina Fortin Zavala

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

6/4
F74di
C. 3
89-124
TEGUCIGALPA, F. M.

1989

HONDURAS, C. A.

C3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TESIS

“Diagnóstico de Salud de la
Comunidad de Zambrano y
sus Areas de Influencia”.

PRESENTADO POR:

cSonía (2azo[ína <\3^oztín 2aua[a

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIOALPA, F. M. 1989 HONDURAS, C. A.

T E R N A E X A M I N A D O R A
:

Lie. Wilfredo Domínguez (Coordinador) Dra.

Claudina Ferrera Dr. Oscar Tovar

A S E S O R t

Lie. Antonio Ponce

S U S T E N T A N T E i

Br. Sonia Carolina Fortín Zavala

M A D R I N A S :

Lie. Clara Guevara Arq. Gabriela Fortín Lie.

Eva Gasteazoro

Este trabajo lo quiero entrogar primero a Dios y a su Obra, pues si no hubiese sido hecho para El, éste sería, despreciable y lo que hoy alcanzo sería vano.

A mis padres Carlos y Sonia, con un agradecimiento y amor inmenso, por ser ellos los que prepara ron el camino por donde había de transitar siempre.

Y a mis hermanos Gaby, Carlos y Marcela por seguirme en ese camino.

A todos aquellos que se han convertido en algo tan especial para mí, por ser con el ejemplo de su conducta, piedras de choque que marcan un nuevo cauce a las aguas de la vida

Para la elaboración de esta tesis, recibí ayuda de muchas personas que me apoyaron material, humana y espiritualmente, sin las cuales no estaría hoy dan do término a este trabajo. Para todas ellas, tengo un infinito agradecimiento y aunque no pueda expresarlo en este papel, sepan que lo

Llevaré siempre conmigo.

**Quiero agradecer al Lie. Antonio Ponce, quien tan
gentilmente supo transmitir sus conocimientos a través del
asesoramiento de la parte técnica de este trabajo.**

**En forma especial agradezco a la Lie. Clara Guie vara por
asesorar la parte humana, así como a María Emma Botero y Tito
Gasteazoro por sus esfuerzos y apoyo constante.**

¡ Muchas Gracias !

Para la elaboración de esta tesis, recibí ayuda de muchas personas que me apoyaron material, humana y espiritualmente, sin las cuales no estaría hoy dando término a este trabajo. Para todas ellas, tengo un infinito agradecimiento y aunque no pueda expresarlo en este papel, sepan que lo llevaré siempre conmigo.

Quiero agradecer al Lic. Antonio Ponce, quien tan gentilmente supo transmitir sus conocimientos a través del asesoramiento de la parte técnica de este trabajo.

En forma especial agradezco a la Lic. Clara Guívara por asesorar la parte humana, así como a María Emma Botero y Tito Gasteazoro por sus esfuerzos y apoyo constante.

¡ Muchas Gracias !

_I_N_D_I_C_E_

PAG. N°

I. - INTRODUCCIONI JUSTIFICACION.....	1
II. - OBJETIVOS	2
III. - PROBLEMA	5
IV. - MARCO TEORICO	
A. - Definición de Salud	5
B. - Desarrollo, Tendencias Mundiales de Salud y Factores Afines.....	
1. - Factor Cultural Educativo.....	
2. - Vivienda	
3. - Nutrición	
4. - Situación Socio Económica	
5. - Medios de Comunicación	3
6..... - Demografía	
..... ^4	
7. - Sistemas de Salud	
8. - Causas de Morbilidad y Mortalidad.	
C. - América Latina. Su situación en Salud y Temas Afines...	
1. - Tenencia de la tierra	
2. - Medio Ambiente	
3. - La Familia	
h.- Medios de Comunicación	
5. - La Concepción Social del Médico	

of)

r . f

6. - Sus Problemas de Salud.

D.- Honduras, su Descripción en Salud»	28
1. - Geografía.	
.. 2o	
2..... -	
Demografía».....*	28
3.....- Educación	
.....30	
Vivienda	31
5.....- Ecología y Economía Familiar	32
6.....- Economía Nacional	
.....».	34
7..... -	
Indicadores de Salud.	34
a) Mortalidad	34
b) Morbilidad	38
c) Nutrición	39
d)	
Inmunizaciones.....	40
8. -	

Organización del Sistema Nacional de Salud.	4
i	
a) Cobertura	
..... 4 1	
b) Niveles Directivos	
..o.-.. .. 4 1	
c) Niveles	
Asistenciales 42	
d) Política	
Nacional de Salud 43	
e) Orientación	
de Programas de Salud..... 43	
2. - Zambrano, Descripción General:	4 5
1..... -	
Historia 46	
2..... - Situación	
Política y Geográfica 4 6	
3.....- Demografía 46	
..... 46	
4..... - Desarrollo Comunitario	
..... 4 7	

3. ~ Educación	47
c.- Salud	48
Urbanización	
'.- Economía	^
7.- variables	51
71.- METODOLOGIA	55
A.- Población	55
3.- Muestra	55
C.	-
Clase de investigación	56
D.	-
Fuente de datos	56
E. - Criterios de	
selección de grupos	57
Duración del estudio	57
G.- Instrumentos de investigación	57
H.	-
Criterios de reemplazo en la muestra	58
I.	-
Organización de la investigación	
J.- Tabulación y procesamiento	
.....	

VII. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

6 1

A.- Indicadores Demográficos 62

1. - Foblación
por áreas y total

6 2

2. -
Foblación por sexo y edad 63

3. - Migración
(Procedencia de la población) 66
68

B. - Indicadores de Salud

1. - Mortalidad

2. - Fecundidad.

C. - Indicadores de Saneamiento Ambiental ? i

1. - Disposición y purificación del agua.....

2. - Eliminación de Excretas.....

3. - Eliminación de Basuras.....

k. - Alumbrado de Viviendas.....

D. - Indicadores Socio Económicos.....

1. - Tipo de Vivienda.....

2. - Tenencia de Vivienda.....

3. - Habitantes por Vivienda.....

b.- 'Electrodornas ticos.

5.- Tenencia de Tierra de Cultivo..... ..

ó.- Producción..... ..

7.- A.ctividad Ocupacional..... ..

**3. - Ingreso (Familiar y
Fercápita)**

9. - Dieta..... ..

10. 'stado Conyugal..... .. '00

3.- Indicadores de Educación

1. - Alfabetismo - Analfabetismo..... ..

102

2. - Matrícula y deserción escolar..... ..

'03

3«~ Escolaridad de la población..... ..

'0

7

F.	- Indicadores del Sistema de Salud .. * ' ..	
1.	- Distribución de población por asistencia a los servicios de salud ..	110
2.	- Volumen de atenciones (Centro de Salud y Clínica Ara-cua) ..	111
3.	- Fertilidad (general e infantil) ..	114
4.	- Control prenatal y atención del parto.....	118
5.	- Planificación familiar ..	120
6.	- Control de crecimiento y desarrollo (niño sano).....	121
	Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) ..	122
G.	- Indicadores de Organización Comunitaria.....	125
VIII.	CCI-ICLÜSICÍKS ..	128
ix.-	ajccirxNDACiorrxs ..	133
X.	- BIBLIOGRAFIA ..	J36
XI.	- AN2XOS ..	140

INDICE DE CU-'PRO?

1.	-	Distribución de la población de las áreas de influencia de Zambrano.	62
2.	-	Población de Zambrano y áreas de influencia por grupos de edad y sexo.....	64
3.	-	Cinco primeros lugares de inmigración de la población de Zambrano y sus áreas.....	67
		Mortalidad por grupos de edad y sexo.,	68
5.	- Ndmero de hijos por mujer	
69			
6.	-	Número promedio de hijos según edad materna...	
			70
7.	-	Procedencia del agua de Zambrano y sus áreas..	
		'J'1	
8.	- Métodos de purificación del agua.....	
72			
9.	-	
		Elimidación de excretas.	74
10.	- Eliminación de basura	
76			
11.	- Alumbrado en las viviendas	
77			
12.	-	Clasificación de los tipos de vivienda	78
13.	- Tenencia de la vivienda.	
81			

14.	-Relación del número de habitantes y dormitorios de la vivienda.....	83
15.	- Tenencia de tierra de cultivo	84
16.	- Cantidad de tierra cultivable por familias....	86
17.	- Tipos de cultivos....	87

—

- 18. - Actividad ocupacional..... 89**
- 19. - Actividad económica de las amas de casa 90**
- 20. - Utilización del tiempo libre de las amas de
c casa 92**
- 21. - Oficios aprendidos por los mayores de' 10 años. 93**
- 22. - Ocupación de la población mayor de 10 años.... 94**
- 23. - Ingreso diario de la población laborante..... 95**
- 24. - Ingreso familiar diario promedio..... 97**
- 25. - Ingreso pre cápita diario. 98**
- 26. - Estado conyugal de la población 10GC**
- 27. - Porcentaje de analfabetismo..... 102**
- 28. - Matrícula pre-escolar Jardín de Niños Inmacula
da Concepción 103**
- 29. - Matrícula y deserción escolar, Escuela Marcos
Carias Reyes..... 104**
- 30. - Matrícula y deserción colegial Instituto
Francisco Miranda 106**
- 31. - Nivel de escolaridad de la población por grupos
de edad y sexo 108**
- 32. - Distribución de la población por asistencia
■ a-103 servicios de salud. 110**
- 33. - Volúmen de consultas atendidas en el Centro
de Salud Rural y en la Clínica Médica Aragua.... 112**

34. - Diez primeras causas de morbilidad atendida en el Centro de Salud	114
35. - Diez primeras causas de morbilidad atendidas en la Clínica Médica Aragua.....	116
36. - Atenciones por control prenatal. Centro de Salud y Clínica Médica Aragua.....	118
37 • - Distribución de las madres según lugar de atención del último parto.	119
38.- Uso de métodos de planificación familiar	120
39 • - Vacunaciones en el Centro de Salud Rural	123
40.- Hallazgos encontrados en los carnets de vacunación	124

OTROS CUADROS

Cuadro " A ". Diez primeras causas de mortalidad general en Honduras. 1983»	56
Cuadro " B ". Diez primeras causas de mortalidad infantil en Honduras. 1983	57
<u>INDICE DE GRAFICOS</u>	

N- TITULO DEL GRAFICO	Pag.
1. -Pirámide poblacional	65
2. - Purificación del agua.....	73

3. - Eliminación de excretas	75
4. - Eliminación de basuras	76
5..... - Tipos de vivienda	80
6. - Tenencia de la vivienda.....	82
7. - Tenencia de tierra de cultivo	85
8. - Estado Conyugal.....	101
9. - Volumen de consultas del Centro de Salud y la Clínica Mógica Aragua	113
10. - Diez primeras causas de morbilidad. Centro de Salud.....	115
11. - Diez primeras causas de morbilidad. Clínica Mógica Aragua	117
12. - Uso de métodos de planificación familiar.....	121.

I. - INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

Honduras como país miembro de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) tiene como meta, alcanzar "Salud para todos en el año - 2000".

El logro de esa meta corre a cargo del Ministerio de Salud, a través de planes y estrategias de salud específicas.

Para la realización de esos planes es necesario un conocimiento de las realidades actuales con las que nos enfrentamos en el área de salud y demás sectores afines; es por eso que surge la necesidad de elaborar un "Diagnóstico de la situación de Salud".

El siguiente es un estudio de la comunidad de Zambrano, de la cual hasta ahora no existían datos analizados en el área de salud y las áreas que a ella convergen, el cual busca contribuir en parte a elaborar el Diagnóstico Nacional de Salud.

La información aquí recavada, será de utilidad para cualquier institución pública o privada como lo es la Asociación Hondureña para la Promoción Educativa (AHPE), entidad sin fines de lucro que ha desarrollado diversos programas de promoción para la comunidad de Zambrano y ha creado entre otras cosas la Escuela para la promoción de la mujer campesina "Aragua" y la clínica médica del mismo nombre a las cuales patrocina.

Finalmente éste será de utilidad para todos aquellos que de una u otra forma quieran contribuir a mejorar Zambrano.

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENS3AL:

Elaborar un diagnóstico de Salud de la Comunidad de Zambrano, identificando la población y los principales factores de incidencia en la Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS;

- 1. - Determinar las características demográficas de la población de Zambrano.**
- 2. - Identificar los recursos de ingresos económicos con que cuenta la población de esa comunidad.**
- 3. - Determinar las actividades ocupacionales de la población es estudio.**
- *+.- Identificar los recursos de salud con que cuenta la comunidad.**
- 5. - Describir el tipo de servicios básicos existentes en la comunidad de Zambrano.**
- 6. - Identificar las primeras causas de morbilidad de la población. ?.- Describir el nivel de escolaridad existente en la población estudiada.**

La comunidad da Zarabrano os hasta ahora una población do la cual ce desconocen los indices de morbi-mortalidad así como los factores condicionantes para la aparición de enfermedad»

Ge sabe que durante el presente año, el Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLAN3) y la Dirección General de Estadística y Censo (DGEC), realizó el Censo Nacional da Población y Vivienda (CNPV) el cual proporcionó algunos datos sobre esta comunidad.

La situación de salud de la mayoría de nuestras comunidades, es inferior a

la aceptable para la atención de seres humanos si queremos darles la dignidad que merecen, lo que está condicionado por factores económicos, socioculturales y de infraestructura, así como por la falta de programas factibles de realizar que radica básicamente en un desconocimiento de la realidad existente.

Además de lo anterior la cobertura de salud que-hasta hace-poco tiempo había sido atendida a través de un Centro de Salud Rural (CESAR), se ha visto incrementada con la creación de la Clínica Médica "Aragua", a la que por acuerdo tripartito del Ministerio de Salud Pública de Honduras (CMH) ha sido asignado un médico en Servicio Social contándose así por primera vez con un médico permanente en la Comunidad de Zambrano.

Es por esta razón que este estudio busca dar respuesta a varias preguntas.

Entre las más importantes consideramos las siguientes: ¿Cómo vive la población de Zambrano? De qué y por qué se enferma la población de Zambrano? ¿Cómo podemos contribuir a resolver los problemas de esta comunidad?

La detección de los problemas que puedan estar afectando a esta población es el primer paso para el mejoramiento de la misma.

A.- DEFINICION DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud define el término SALUD como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no como la sola ausencia de afección o enfermedad". Este concepto de salud debe ser para nosotros una guía que nos lleva a extender la visión sobre los programas de salud existentes (11, pág. 1), pues en la mayoría de los casos hay una tendencia a disminuir este concepto reduciendo dentro de los límites de la ausencia de la enfermedad y además a entender por atención de salud las medidas destinadas a curar la enfermedad.

No puede definirse "Salud", como un estado estático y absoluto; ella es un fenómeno psico-biológico y social dinámico, relativo muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico fisiológico - social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto hay que considerar tres aspectos:

Un componente subjetivo (bienestar) otro objetivo (capacidad para la función), un tercero de tipo psico-social (adaptación social del individuo) (30, pág. 23).

El componente subjetivo de "bienestar" no podemos considerarlo como un simple "sentirse bien", sino como una capacidad del individuo, de ejercer una fuerza vital suficiente para impulsar una acción

en beneficio de sí mismo y de la comunidad, así como de contemplar la vida como un hecho positivo, con entusiasmo, y no con indiferen-

cia.

Como "Salud Física", podríamos definir un equilibrio de las - funciones

orgánicas del individuo en las que cada una puede ejercer una acción sin menoscabo de la otra.

Este es el aspecto al que en la mayoría de los casos tendemos a limitar el concepto "Salud".

Dentro del tercer aspecto que presenta la adaptación social del individuo, cabría considerar que: "No es posible gozar de salud donde reina la pobreza, y la miseria, donde los alimentos y el agua potable son escasos, donde la vivienda es inadecuada y donde los servicios públicos y comunitarios son inexistentes o rudimentarios. (13, Pág. 5) « Del mismo modo que no se puede hablar de adaptación social, cuando existen factores externos, básicamente en los medios de comunicación que tienden a romper los valores sociales y morales los cánones familiares, las tradiciones y costumbres de una comunidad, lo que lleva a sus individuos a situarse en una "desadaptación" tanto dentro de su propio ambiente como en aquel que se le trata de imponer.

La salud y el desarrollo son dos parámetros que están en estrecha relación, en el mundo actual existe la tendencia de dividir los países en los llamados países desarrollados y países en vías de desarrollo, o del tercer mundo, aunque esta terminología es significativa, ya que sabemos que las fronteras entre riqueza y pobreza atraviesan en su interior a las mismas sociedades.

Mientras el promedio de vida al nacer es de 72 años en los países desarrollados, es de 55 en los países en desarrollo. Sólo de 10 a 20 de cada millar de niños nacidos en los primeros, mueren durante el primer año de vida, pero la tasa de mortalidad infantil, en la mayoría de los países tercermundistas va desde cerca de 100 hasta más de 200. En cuanto a la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 5 años que es tan solo de 1 por mil en la mayoría de los países desarrollados llega a un promedio de más de 20 en muchos países del tercer mundo. De cada 1000 niños nacidos en la pobreza en los países menos desarrollados 200 fallecen en el plazo de un año, otros 100 - antes de alcanzar los 5 años y sólo 500 sobreviven hasta los 10 años, (punto 21.2; Bibliog. N° 29).

A estos indicadores económico-sociales, del sub-desarrollo, agregaremos otros igualmente negativos, pues "el desarrollo no es el crecimiento económico aislado, medido por el ingreso anual per-cápita

o por el producto nacional bruto; cote eo sólo el medio nara obtener el Verdadero desarrollo social equilibrado. Vale decir, el desarrollo cecial verdadero es el desarrollo humano del Homo Sapiens, el desarrollo cultural de todo hombre y de todos los hombres",(30,pig,23)

For tanto el verdadero desarrollo no puede consistir en una mera acumulación de riquezas o en la mayor disponibilidad de los bienes y de los servicios, si esto se obtiene a costa del sub-desarrollo de muchos y sin la debida consideración de la dimensión social, cultural y espiritual del ser humano. (14, Cap. II-N° 9).

1.- FACTOR CULTURAL Y EDUCACIONAL»

El factor cultural reviste gran importancia en el área de salud ya que las tradiciones y las culturas y las formas filosóficas y religiosas de una sociedad guardan una relación con el conoci- - miento y la idea que una población tiene sobre la salud, la enfermedad y la muerte. Del mismo modo influyen con las formas alimenticias principalmente de los niños y las embarazadas.

"La relación entre los factores educativos (escolaridad oficial y la salud, es compleja y difícil de describir. Sin embargo, se ha observado con frecuencia una cierta relación entre niveles e- levados de mortalidad infantil y bajos niveles do instrucción.

(13, p'g. 12-13)

El analfabetismo, la dificultad o la imposibilidad de acceder a niveles superiores de instrucción, provoca una limitante para - la comprensión, la participación en el mejoramiento de la salud y al mismo tiempo en sentido de frustración que predispone a la despreocupación de

la vida nacional empujando a muchos a la migración, favoreciendo a la vez una forma de migración psicológica (1^, Cap. III N° 1*0 es decir una pérdida de interés, en vista de sus limitaciones, por aspirar a un mejoramiento de las condiciones de su propio medio, lo que les lleva a idealizar - situaciones de vida en otros ambientes.

Como un indicador vemos que la tasa de alfabetismo de los adultos es de cerca del 100% en los países industrializados y llega solo al 28% en los países menos desarrollados según estadísticas de la O.M.S. presentada en la Asamblea Mundial de la Salud (29).

Siempre dentro de la escolaridad vemos que la educación en la - higiene escolar se centra actualmente en motivar a los niños para que adquieran hábitos higiénicos para toda la vida. Además, se informa a los escolares acerca de los problemas de salud de su comunidad en general y ellos mismos participan en algunas actividades de salud en beneficio propio y de otros niños y sus familias. (13* Pág. 36). 2a tanta ésta motivación, que ya existen programas de propaganda en Salud, orientados a los niños*

la comprensión, la participación en el mejoramiento de la salud y al mismo tiempo en sentido de frustración que predispone a la despreocupación de la vida nacional empujando a muchos a la migración, favoreciendo a la vez una forma de migración psicológica _____
¿lea., (1^, Cap. III N° 1a) es decir una pérdida de interés, en vista de sus limitaciones, por aspirar a un mejoramiento de las condiciones de su propio medio, lo que les lleva a idealizar - situaciones de vida en otros ambientes.

Como un indicador vemos que la tasa de alfabetismo de los adultos es de cerca del 100% en los países industrializados y llega solo al 28% en los países menos desarrollados según estadísticas de la O.M.S. presentada en la 3ª Asamblea Mundial de la Salud (29) •

siempre dentro de la escolaridad vemos que la educación en la — higiene escolar se centra actualmente en motivar a los niños para que adquieran hábitos higiénicos para toda la vida. Además, se informa a los escolares acerca de los problemas de salud de su comunidad en general y ellos mismos participan en algunas actividades de salud en beneficio propio y de otros niños y sus familias. (13* Pag, 36). 2a tanta ésta motivación, que ya existen programas de propaganda en Salud, orientados a los niños.

VIVIENDA.

Entre los factores específicos del sub-desarrollo que afectan de modo creciente también a los países desarrollados, está la crisis de vivienda. "Es un problema bastante grave, digno de ser considerado como signo o síntesis de toda una serie de insuficiencias económicas, sociales, culturales o simplemente¹ humanas".

(1[^], Cap. III. N° 17) i que en los países en desarrollo afecta en forma directa a la salud pues por las condiciones de promiscuidad y por la calidad de la vivienda, así como por la carencia de medios adecuados para la disposición de aguas y excretas, predisponen a la enfermedad.

En los países desarrollados también representa una influencia en la salud, pues generalmente con la industrialización hay una contaminación atmosférica importante, que se ve agravada por la disminución de las áreas verdes de las ciudades, por lo que los habitantes en su mayoría, viven en apartamentos de

grandes éaífi- **cios** sin contar con el área adecuada para una adaptación familiar. **El** clima, por esta misma causa, se ve también afectado.

En los países del trópico, la vivienda cc factor importantísimo pues en muchas áreas, los materiales utilizados para su construcción son habitat adecuado para la proliferación de vectores como lo son la "chinche picuda" (Rhodnius Prolixas y Triatcma dimidia- ta) transmisor de la enfermedad del Chagas. Del mismo modo, el

inadecuado drenaje de aguas produce un ambiente propicio para la cría de zancudos, vectores del paludismo»

::u rucio;:

"Aproximadamente la mitad de la población mundial, ha sobrellevado una privación nutricional seria durante la niñez. En la actualidad más de >00 millones de niños sufren diversos grados de desnutrición. Aunque la gravedad de esta desnutrición no ha cambiado mucho, la edad en la cual aparece si está cambiando. A medida que los países comienzan a industrializarse, la alimentación natural se hace menos frecuente **y la** desnutrición ocurre **a** edad más temprana". (N° 18. Tomo I, Pág. 337)

Las necesidades calóricas varían de un individuo a otro según su sexo y edad» las dietas alimentarias deben satisfacer las necesidades nutricionales, permitiéndoles vivir en salud y crecer, así como nutrir - adecuadamente durante estados fisiológicos especiales como el - embarazo y la lactancia»

Siendo las necesidades básicas de un promedio de 2000 calorías para un adulto, de 2,200 en el embarazo y de **3000** en la lactancia.

(2, Pág. 31)

Vemos que en la mayoría de los países en desarrollo la dieta alimentaria es inferior a 2,^00 calorías e incluso en algunas es me*- nc3 de 2,000 calorías.

Dos tercios de la población mundial se enfrentan a esta situación

y 100 millones de niños y los niños más jóvenes

tán especialmente expuestos a causa de la particular vulnerabilidad

de ciertas fases del proceso de crecimiento y desarrollo". (13,

Pág. 5) **k.** - SITUACION SOCIO- ECONOMICA.

Ya hemos dicho anteriormente que la situación económica de un país está íntimamente relacionada con la salud del mismo, pues de ello dependen muchos factores que influyen en forma directa e indirecta en la población, lo cual podemos ver en 103 indicadores de mortalidad infantil ya que esta es baja generalmente en los países que tienen un producto nacional bruto elevado y viceversa. Sin embargo esa desigualdad se observa también en el interior de las sociedades mismas porque el desarrollo económico no es igualitario y crea diferencias en la población.

"Otro indicador es el fenómeno de desempleo y del sub-empleo, que si éste aparece de modo alarmante, en los países en vías de desarrollo, con su alto índice de crecimiento demográfico y el número tan elevado de la población juvenil, en los países de gran desarrollo económico parece que se contraen las fuentes de trabajo y así las posibilidades de empleo en vez de aumentar - disminuyen". (1^at, Cap. III N° 18)

El desempleo a su vez influye en la salud de la población adulta

en todo lo referente a la salud mental del individuo, así como en la adaptación social; además en la salud de los niños en una forma indirecta, en el campo nutricional»

5. - MEDIOS DE COMUNICACION.

Tienen estos una doble influencia: Positiva y Negativa dentro de las sociedades.

En la influencia positiva, vemos que son factor importante en la educación de la población principalmente la de las zonas rurales; sin embargo ejercen también una influencia negativa en todos los aspectos de la vida social por el tipo de consumo que orienta a un "progreso" que se refiere más al desarrollo de las cosas materiales, que al progreso del hombre, y su forma de acción generalmente va de países desarrollados a países sub-desarrollados, los que "en vez de transformarse en naciones autónomas, se convierten en piezas de un mecanismo y de un engranaje gigantesco. Esto sucede a menudo en el campo de los medios de comunicación social, los cuales no siempre tienen en la debida consideración las prioridades y los problemas propios de estos países, ni respetan su fisonomía cultural; a menudo imponen una visión desviada de la vida y del hombre y así no responden a las exigencias del verdadero desarrollo humano" (1*, Cap. III N° 22)

en todo lo referente a la salud mental del individuo, así como en la adaptación social; además en la salud de los niños en una forma indirecta, en el campo nutricional»

5* - MEDIOS DE COMUNICACION.

Tienen estos una doble influencia: Positiva y Negativa dentro de las

sociedades.

En la influencia positiva, vemos que son factor importante en la educación de la población principalmente la de las zonas rurales; sin embargo ejercen también una influencia negativa en todos los aspectos de la vida social por el tipo de consumo que orienta a un "progreso" que se refiere más al desarrollo de las cosas materiales, que al progreso del hombre, y su forma de acción generalmente va de países desarrollados a países sub-desarrollados, los que "en vez de transformarse en naciones autónomas, se convierten en piezas de un mecanismo y de un engranaje gigantesco. Esto sucede a menudo en el campo de los medios de comunicación social, los cuales no siempre tienen en la debida consideración las prioridades y los problemas propios de estos países, ni respetan su fisonomía cultural; a menudo imponen una visión desviada de la vida y del hombre y así no responden a las exigencias del verdadero desarrollo humano" (1**, Cap. III **N° 22**)

6. - **DEMOGRAFIA.**

"o se puede negar la existencia, sobretodo en la parte sur de nuestro planeta, de un problema demográfico, que crea dificultades al desarrollo aunque esta situación haya sido exagerada y manipulada para fines políticos.

Es preciso afirmar en seguida que en la parte norte, este problema es de signo inverso: aquí lo que preocupa, es la caída - de la tasa de natalidad, con repercusiones en el envejecimiento de la población, incapaz incluso de renovarse biológicamente. Oá, Cap. III, N° 25)

Así lo demuestran las estadísticas de la O.M.S. para 1979, en la que un 23% de la población en países desarrollados tiene. menos de 15 años, mientras que

un 11/2 es mayor de 65 y posteriormente teñe os una variación ja. menos del 22/o y-a más del 1j% res- pee tiv.amente.

En los países subdesarrollados aproximadamente el de la po- blación era menor de 15 años y un k% mayor de 65, trasladándose posteriormente a y a 5/2 respectivamente.

7. - SISTEMAS DE SALUD.

Se define Sistemas de Salud como el conjunto do actividades tócc- nicas interrelacionadas de servicios y de administraciones que - ¿se organizan con algún objetivo de salud. (30, Pag. 26).

En la práctica se ve que la mayoría de medios en salud se orientan a programas de "curación en salud"; otra parte en prevención en salud, y una mínima proporción, a promoción de salud. Esto ha provocado una avalancha en la demanda de los servicios curativos que se convierten realmente en "Servicios de Enfermedad", pues - funcionan básicamente para atender esa demanda, que por lo general se concentra en las áreas de las grandes ciudades quedando - el área rural, en su mayoría, sin acceso a una atención adecuada. La situación se hace más evidente cuando comparamos La proporción existente entre el personal médico y los habitantes, la - cual es en las zonas urbanas de países desarrollados de un médico por 300 habitantes, y en las zonas rurales de naíses en desarrollo de un médico por cada 17,000 habitantes. Sin embargo, "A. Drobny, estudiando la esperanza de vida en las Américas, mostró que la variable "porcentaje de la población con servicio de agua potable" daba una correlación significativa, en tanto que las relaciones, entre población y camas de hospital, y población y número de médicos no mostraba ninguna

significación estadística, con la esperanza de vida al nacer". (JO; Pag. 3*0»

8.- CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

La mortalidad infantil en todos los países del mundo, ha tenido una tendencia a disminuir, y en re las causas que se han citado, están: — Una mayor cobertura de la atención médica, a través —

del mejoramiento de la atención privada en **General**, del Seguro Social y de los centros gubernamentales rurales. En el aspecto preventivo ha habido un aumento de **vacunaciones**, y de

mejoramiento de las condiciones del saneamiento básico, así _____

como de los planes educativos y de comunicación. (20)

La Morbilidad, sin embargo, no ha tenido una tendencia uniforme a nivel mundial, ya que gracias al mejoramiento de sistemas de vigilancia en salud se han detectado con mayor precisión - nuevos casos de enfermedad. Vemos así que las enfermedades transmisibles que representan los índices más altos de morbilidad - en los países en desarrollo, han tenido un descenso en los países desarrollados para ser en parte sustituidos por las afees _____

ciones cardiovasculares, el cáncer, y los traumatismos. Además en los países desarrollados, se ha visto un aumento considerable de las enfermedades por desadaptación calcificadas dentro de una "patología Social".

Con respecto a las enfermedades transmisibles, "es cada vez - mayor el número de enfermedades todas como la influenza, que deben ser consideradas desde el punto de vista mundial". (9.

Pag» XXII), ya que aunque su letalidad es baja., su prevalencia es importante

"La XXXIV Asamblea Mundial de la Salud (1979) recomendó la fo- dentación de

programas prioritarios para el control de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, inte-

A

gradas a la atención primaria de Salud, con el propósito de - reducir las altas tasas de mortalidad y morbilidad" (26, pág. 9) ya que en los países en desarrollo ocupa una de las dos primeras causas de enfermedad, disputando su lugar con la enfermedad diarreica.

Las enfermedades parasitarias tienen una incidencia importante en los países tropicales húmedos, afectando más frecuentemente a los niños preescolares y escolares. De ellas, la ascaridiasis alcanza en algunos países una "prevalencia superior al 50% de la población". (9» pág. 17)

La malaria en forma endémica, ha desaparecido de muchos países de la zona templada, pero en muchos sectores de los trópicos y sub-trópicos, constituye una causa principal de morbilidad".

(9, pág, 268).

Con respecto al medio ecológico, ya hemos mencionado el problema de carencia de agua y disposición de basuras y excretas que enfrentan los dos tercios de la población mundial en las que "los más gravemente afectados por estos factores de riesgo, son las mujeres en edad de procrear y los niños, quienes juntos, forman la mayoría de la población en casi todas las partes del mundo". (13 Pag. 6).

A su vez, el problema de higiene del medio planteado por la in-

dustrialización en los países desarrollados, causa muchos problemas de salud, como la exposición a la contaminación, el empobrecimiento mental de los

niños y las consecuencias sanitarias de su degradación social, el mayor riesgo de explotación sexual y el abuso de droga entre los jóvenes". (13, pág, 12)

C.- AMERICA LATINA, SU SITUACION EN SALUD Y TEMAS AFINES..

Cuando se menciona a "los latinos" tratando de agruparlos en un único contexto, aunque con pequeñas variaciones de acuerdo a su localización geográfica, podemos aceptar que somos un solo pueblo, - porque por tradición y características socio-culturales, han sido los mismos rasgos los que nos han definido; padecemos en general de los mismos males en mayor o menor medida.

La población rural constituye más de la mitad de la población y es por eso que básicamente la producción agrícola, así como la explotación de productos naturales, es lo que constituye la fuente - principal de ingreso de nuestra población.

En los últimos años ha habido una tendencia a la urbanización, por lo que para el año 2000, se espera que la población urbana sea mayor del 40% de la totalidad de habitantes, de los países en desarrollo comparada con 30% para 1980 (16, pág. *0.

Pero para los países de América Latina, se espera que esa proporción sea del 70% por lo que se prevee la creación de grandes ur-

'ces latinoamericanas.

La mortalidad en México empezó a declinar a partir de los años 70. La expectativa de vida era de 45 años en 1970, y aumento a 65 años en 1980.

La natalidad no cambió manteniéndose en un promedio de 6 niños por mujer. Esto provocó un aumento de población desde 1.75 en 1970, a 2.7 en 1980 y a más

de 3% en las tres últimas décadas (19, psg. 47) • En general? esto está ocurriendo a todo nivel latinoamericano; estamos siendo más. Pero tampoco podemos afirmar que el crecimiento poblacional nos. está llevando a un caos, a pesar de tantos esfuerzos hechos por algunos demógrafos por demostrarlo, ya que " "no está, demostrado siquiera que cualquier crecimiento demográfico sea incompatible con un desarrollo ordenado". (1^ Cap. III N° 25).

Sin embargo, si creemos que ese crecimiento es una medida de - presión para mejorar esfuerzos en producción de alimentos, crea— ciór. de fuentes de . traba jo, creación de centros de atención sanitaria, tanto rural como urbana, mejorar niveles educativos, lo - cual obliga a crear un mejor nivel de vida para los habitantes.

1 TENENCIA DE LA TIERRA.

Uno de los problemas con que se enfrenta latinoamérica, es la.

tenencia de la tierra, y siendo la producción aC^r^co^p el fac-
tor principal de ingreso, existe una desproporción entre la tie-
* i

rra y su pertenencia, ya que hay una mayor concentración de tierras de cultivo en unas pocas manos, y visceversa. Además, no - existe una educación agraria adecuada a nivel del campesino para mejorar los medios y la producción misma, por lo que sería infructuoso una simple "repartición" de las tierras cultivables, si no va unida a una educación y aun proporcionar los medios a- decuados para la explotación de las mismas.

MEDIO AMBIENTE.

La falta o la escasez de agua potable, el hacinamiento, las dificultades del transporte y las comunicaciones influyen en forma - directa sobre el estado

nutricional. (13, pág. 11). De éstas, el agua es uno de los factores principales para la salud ya que además de proporcionar higiene, es elemento básico en la alimentación, y constituye muchas veces el medio de transporte para elementos nocivos a la salud.

A pesar de lo anterior, no existe una educación adecuada en el medio, ya que persisten los cánones de consumir agua contaminada bajo pretextos tales como "el agua hervida tiene mal sabor" ó solo e3 para los niños". A esto se le suman las prácticas de un destete precoz de los niños y/o alimentación artificial (25, pág. 5) lo que acelera la aparición de diarreas en los infantes.

otro factor importante es la ventilación que generalmente se presenta en una forma muy inadecuada per la mayoría de estilos de construcción de la vivienda de nuestros campesinos; a- derás del desconocimiento de la relación que existe entre la enfermedad y la inhalación de humo y la humedad, el campesino concibe como una necesidad primordial la "seguridad" familiar y de allí que en muchas casas no se construyen ventanas o éstas son insuficientes para proporcionar una ventilación ade- cuada*

Sumado a lo anterior en algunas sonas del territorio americano, el frío y las inclemencias del tiempo, obligan a un resguardo mayor ante la. imposibilidad de disponer de la vestimenta adecuada.

No podemos olvidar al deterioro que ha sufrido en forma-progresiva el campo ecológico en cuanto a los boscucs na ti: ral en, pues la explotación desordenada de los mismos, **ha** llevado a un aumento de los desiertos, siendo el motivo para esto una falta **de** preocupación ecológica en la mayoría de los casos, pues no - existen

programas obligatorios de preservación y reforestación lo que es peor aún, el hombre en nuestro tiempo, ha llegado a situaciones **de** autodestrucción como nunca antes, **y así** vemos **que si** las **guerras** han constituido **siempre móviles de muerte, más** lo son ahora el aborto y **la** eutanasia **que es** una forma

descarada ; hasta inhumana so han llegado a plantear como soluciones a los problemas del mundo actual.

id ' n e p . a un papel importantísimo en la salud, ya que en el medio latinoamericano existen muchas creencias y costumbres que impiden una práctica adecuada de la misma. Entre ellas están la concepción de el baño como causante de enfermedad y ñor eso nos encontramos con que la mujer que menstrúa no se baña; el - hombre después de trabajar, tampoco se baña, porque le puede - dar "mojada caliente" (término con el que explican múltiples - enfermedades que van desde las contractura. musculares hasta la blenorragia); al niño no lo bañan "porque le da gripe" y una -

serie de conceptos erróneos que obstaculizan la práctica adecuada _____
cada del 'oño.

Siempre dentro de la higiene mencionamos la higiene bucal ya que es en general una practica mensual entre la población rural»

La promiscuidad sexual es actualmente uno de los factores que - mas influyen en la salud, pues viene a acrecentar las estadísticas de las enfermedades de transmisión sexual, a pesar de la dificultad de obtención de datos estadísticos sobre ellas. Una influencia negativa en el ambiente latino ha sido la ola de pornografía publicitaria (11) que ha invadido 3* población, lo cual ha aumentado los índices de prostitución, rompiendo incluso con cánones culturales pre-existentes. Paralelo a eso, vemos campa-

provenientes en lo. mayor parte del extranjero y que en "algún caso, están cu ce retinadas a los capitales y a la asistencia e- conómico-finsnciera", (Im-, Cap. III) como es el caso que desde 1965 3os Estados Unidos han contribuido más que todos los países juntos a los programas de control de la población del mundo, a través de la. AID (Agencia Internacional de Desarrollo), y agencias similares. (15, pág. 10)

"En todo caso se trata de una falta absoluta de respeto por la libertad de decisión de las personas afectadas, hombres y mujeres, sometidas a veces a intolerables presiones, incluso económicas, para someterlas a esta nueva forma de opresión.

Son las poblaciones más pobres las que sufren los atropellos y ello llega a originan en ocasiones la tendencia a un cierto .. racismo (1^, Cap. III, N° 25)", observándose entonces los casos de "resistencia" (como la definieran en las declaraciones sobre política exterior de la Administración Cárter) en algunos países como es el caso de Guatemala en la que la población indígena se rehus\ a tomar medicamentos envasados en el extranjero por temor a que sean xxn medio oculto de planificación familiar, ya que por sxxs costumbres y tradiciones, el valor de una familia está en los hijos.

íf.- MEDIOS DE COMUHICAGIO:

El avance en los medios de comunicación, ha permitido muchos adelantos en el área de salud, básicamente en la educación del medio rural a través de programas radiados.

La creación de escuelas radiofónicas ha contribuido a mejorar el nivel educativo y a disminuir los índices de analfabetismo.

El mejoramiento de las Vías de Comunicación permite una mayor cobertura en atención de salud, así como un diagnóstico más precoz en la población.

Sin embargo han tenido también una influencia negativa sobre la juventud en lo que se refiere a pornografía y violencia.
(11, Pag. 2).

5.- LA CONCEPCION SOCIAL DEL MEDICO.

A pesar de que la medicina tradicional en el medio rural tiene una gran importancia por las concepciones que de enfermedad y salud posee el campesino, con la ampliación de coberturas se ha logrado que cada vez se alcance una mayor apertura del médico a la comunidad. Además va surgiendo una concepción del médico como el representante de la "Ciencia", el conocedor de la cultura dentro de un ambiente de "atraso", lo que permite en algunos sectores una mayor credibilidad de su capacidad y su función, dándole una autoridad dentro de la población. Sin em-

bargo, en algunas ocasiones eso mismo lo hace ser visto como perteneciente a una cultura, ajena a la del pueblo por lo que muchas veces se hace más accesible el curandero.

Por otra parte, para el médico, la práctica en áreas rurales lleva a incrementar la medicina preventiva, por lo que se ve obligado a conocer algunos aspectos básicos de las enfermedades a las que en zonas urbanas no estaba acostumbrado a ver. (K° 2, Pág. 53)

6.- SUS PROBLEMAS DE SALUD.

La esperanza de vida al nacer en el medio latinoamericano fue de 60 años para 1970» pero según se anticipa, para el año 2000, superará a los 70 años, lo que provocará un cambio en las pirámides poblacionales de los países del área, que en general siguen una estructura de base ancha como los países en desarrollo pero tendrán un aumento de la población económicamente activa, lo cual dará un aumento de la parte media de la pirámide.

La población rural en América Latina constituye más de la mitad de los habitantes y su medio es generalmente agricultor. Con la creciente migración del campo a la ciudad, se han hecho estudios alimenticios en los que se demuestra que las probabilidades de una obtención de alimentos adecuados, son mayores en el campo que en las zonas marginales de las grandes ciudades lo que está

de acuerdo con el nivel nutricional de los individuos. (2)

- 2.a-

Como ya mencionábamos antes, se espera para América Latina un crecimiento de la población económicamente activa, tanto en áreas urbanas como rurales.

Con relación a la mortalidad, "en América la proporción de muertes es de 6 . e n menores de 5 años, pero varía de 3.3' en Puerto América a 13-6 en América Central" (26, pág. 9).

Las tasas de mortalidad en la niñez para toda América Latina, han presentado un descenso, sin embargo aún persisten elevadas para las metas propuestas por la O.M.S. que son de 30 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en la población de 1 a **b**

3.100 •

La atención sanitaria como ya lo habíamos mencionado, en todos los países y en formas diferentes, ha tenido un incremento en los llamados servicios de salud, sin embargo las demandas se han acrecentado siendo entonces insuficientes. Consideramos que esto ha sido debido en su mayoría porque han sido orientados a la "curación" y no a la prevención o promoción.

Se estima que de la población de América Latina un 37% no tiene acceso a la atención primaria en salud, a pesar de los esfuerzos hechos por los gobiernos en esta área. Sumado a esto se ve la carencia de calidad de atención con que se enfrenta la población, principalmente en los servicios de orden estatal

que agrava aún más la situación*

Cabe mencionar que uno de los mayores problemas con que se encuentra el sector salud, es la falta de información estadística principalmente en lo que respecta a la morbilidad, pues además de que muchos casos atendidos en zonas rurales y en la atención privada, no son registrados, los que son reportados se presentan en una forma deficiente.

D.- HONDURAS, SU DESCRIPCION EN SALUD.

1. - GEOGRAFIA.

Honduras, país centroamericano, con un territorio nacional de 112,088 Kms . limitado al Norte con el Mar Caribe; al Sur con el Océano Pacífico y la República de El Salvador; al Este con el Mar Caribe y la República de Nicaragua y al Oeste con la República de Guatemala. La topografía es irregular, con alturas hasta de 2,500 metros, dando origen a un clima sub-tropical, entre húmedo y seco.

El terreno es en su mayoría de origen forestal y solamente un 25% es de uso agropecuario.

Políticamente está dividido en 18 departamentos, con 283 municipios y 3077 aldeas.

2. - DEMOGRAFIA.

La población total de Honduras; para 1983 es de 2.76 millones.

La relación por sexo es de 1:1 hombre, mujer aproximadamente. Con los datos anteriores, vemos que la población económicament activa es de aproximadamente un 50% de la población total, seguida de un de población menor de 15 años.

Si crecimiento poblacional, se ve determinado por una tasa de natalidad de h_k por 1,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad bruta de $9*5$ por 1,000 habitantes, (según datos para 1985) (3, P&E- 2).

La distribución de la población para 1985 fue de 39% población: urbana y 60,3 rural, comparada con la de 1988 que reporta un 40.1% contra un 59% respectivamente.

3.- EDUCACION.

El sistema educativo hondureño, depende del Ministerio de Educación y se divide en 3 niveles:

- 1. - Pre-Primaria: dirigido a menores de 7 años.**
- 2. - Primaria: con seis años de duración; está dirigido a alumnos de 7 a 13 años.**
- 3. - Medio: Se divide en dos etapas:**
 - Ciclo básico: población de 11 a 16 años, con una duración de tres años, ofreciendo dos modalidades, Ciclo Común y Ciclo Técnico.**
 - Ciclo Diversificado: población de 17 a 19 años, con modal**

La relación por sexo es de 1:1 hombre, mujer aproximadamente.

Con los datos anteriores, vemos que la población económicamente activa es de aproximadamente un 50%, de la población total, se guida de un **h'fi-i** de población menor de 15 años.

El crecimiento poblacional, se ve determinado por una tasa de natalidad de **bk** por 1,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad bruta de 9.5 por 1,000 habitantes, (según datos para 1983). (3, pág. 2).

La distribución de la población para 1985 fue de 39.7% población urbana y 60.3% rural, comparada con la de 1988 que reporta un 40.1% urbana y 59.9% rural respectivamente.

3.- EDUCACION.

El sistema educativo hondureño, depende del Ministerio de Educación y se divide en 3 niveles:

1. - Pre-Primaria dirigido a menores de 7 años.
2. - **Primaria: con seis años de duración; está dirigido a alumnos de 7 a 13 años.**
3. - Medio: Se divide en dos etapas:
 - **Ciclo básico: población de 11 a 16 años, con una duración de tres años, ofreciendo dos modalidades, Ciclo Común y Ciclo Técnico.**
 - **Ciclo Diversificado: población de 17 a 19 años, con modalidades de: Comercio, Magisterio, Secretariado, Bachillerato en Ciencias y Letras, Bachillerato Técnico Industrial.**

A medida que va aumentando el nivel de enseñanza, va decreciendo la población que lo alcanza, y vemos así que el nivel primaria cubre

en 89% de la población a quien va dirigido; el nivel medio un 37% y la educación superior sólo un 8.1%.

Hs importante hacer notar que mientras el sistema atiende ____

67*834 jóvenes a través del nivel medio en el área urbana, solo atiende 3*363 en el área rural.

Si Plan Nacional de Desarrollo 1982—1986 establece como una — de las políticas educativas reafirmar la prioridad que se le ha venido dando a la Educación Técnica de Nivel Medio en las modalidades agrícola e industrial y forestal. (17, pág. 14).

En cuanto al analfabetismo, para 1982, Honduras tenía una tasa de 40.5%. El porcentaje de población analfabeta es menor en hombres que en mujeres.

4. - VIVIENDA.

Honduras presenta un déficit cuantitativo de 450,000 viviendas para 15'82, al que se le suma el hecho de que algunas catalogadas como tales, carecen de servicios básicos como agua, alcantarillados, electricidad y otras condiciones físicas necesarias para una vivienda. Se dice que para 1985, 67% de los habitan-

tes tenían el servicio de agua y un 4-2.8% servicio para disposición de excretas. (28, M° 10).

Analizando los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1988, vemos que el número de viviendas ocupadas en las zonas consideradas urbanas, es de 346,735, que alojan a --

1.75'; «5C4 habitantes (40.0% de la población total), dando un promedio

de 5.05 habitantes por vivienda. Se desconocen aún - los datos de las viviendas en las áreas rurales. (8, pág. 67)

ECOLOGIA Y ECONOMIA FAMILIAR.

En la mayoría del territorio nacional, se vive una muestra de lo ocurrente a nivel mundial en los países sub-desarrollado³, en los **que** la tecnología que nació como una gran promesa para el hombre, no ha llegado a proporcionar sus beneficios sino solo a una minoria^ pero sí ha alcanzado límites insospechados en el daño a lo que entendemos por salud. (H. Kahler, Director General de la OMS)

Cuando hablo de lo anterior, me refiero a toda esa ruptura del equilibrio ecológico que ha logrado invadir incluso el área - rural, en la que se ha visto una invasión al medio ambiente, de productos químicos usados como pesticidas, fertilizantes, jabones, incluso como productos farmacéuticos, cremas, talcos, pastillas y lo que es aún peor, una invasión masiva a través de los medios de comunicación, que vienen a cambiar las formas y costumbres de nuestí'o campesino y que en muchas ocasiones contribuya a romper tanto el núcleo familiar (como lo hacen los abundantes campañas antinatalicias, que se presentan por radio y televisión), como la economía familiar "creando necesidades" antes inexistentes, y así podemos ver que cada día aumenta más La "necesidad" de tener un televisor o de adquirir una grabadora de "doble cassette" etc., "necesidades" que en la mayoría de los casos están fuera de la capacidad adquisitiva de nús- tro campesino. Sin embargo, haciendo malavares en su economía familiar las

adquieren, siendo lo más penoso que una vez entran estos nuevos inquilinos al hogar, se convierten en los jefes de la familia.

Esta campaña propagandística afecta tanto la economía como la salud familiar, pues no sólo destruye las tradiciones familiares sino también las costumbres alimenticias, y así vemos que la lactancia materna es sustituida muchas veces por la leche - en polvo; la merienda de los niños que anteriormente era una fruta, la sustituyen los populares "churritos" (alimentos sintéticos empacados) y el refresco del obrero que podría ser un jugo de fruta o una horchata, (bebida típica a base de arroz y morro) es sustituida por una "cocacola"; de igual forma cuando hay un enfermo en casa, se le omite el alimento para darle "jugos de lata"»

ZCCNOHIA NACIONAL.

El país es catalogado como monoexportador, o sea que su economía depende de la exportación de muy pocos productos, en contraposición a un renglón de importación formado en su mayoría por combustibles, lubricantes y artículos manufacturados.

(17, oág. 16) Al producto nacional bruto para 1980 fue de L. ^858,000,00,- con un ingreso per cápita de L. 570. (17, pág. 17)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de Ingresos y Gastos 1973-1979 del total de familias del país, un 37.69% están ubicados en el grupo "no pobre"; el 5.32% en el grupo de "No satisfacción de necesidades básicas" y 56.69% en el grupo de "Extrema pobreza" cuya característica principal es que la suma de ingresos familiares es menor que el costo de la canasta básica de alimentos.

- INDICADOPEA DE SALUD.

El problema de salud en Honduras es multi e interdisciplinario, o sea que la búsqueda a su solución debe darse en una acción conjunta de gobierno, médico y personas de la comunidad,

a) MORTALIDAD.

Para 1930, teníamos la tercera tasa de mortalidad general para América Latina, que era de 11.8 por mil habitantes y la - tercera tasa de mortalidad infantil de 93.5 por mil nacidos vivos; para 1983 estas cifras tuvieron un descenso hasta 8.3

y :y.0 respectivamente (*0. Sste descenso se explica por una mayor cobertura de atención a través del aumento de los Centros de Salud Rural (CK3AR) de la de cobertura del Seguro Social y de la atención médica privada general. Además, por mejora del aspecto preventivo en el aumento de Vacunaciones, aumento en la producción e importación de fármacos. También ha habido una mejora en las condiciones de saneamiento básico. Finalmente las transformaciones en material educativo y desarrollo de los medios de comunicación pudieron haber facilitado nuevos hábitos para el cuidado del niño en su primera infancia. (20, pág. 57)

**Según los datos de mortalidad infantil de la SDUIIH - II para 1933, los departamentos de mayor mortalidad infantil son: Copan y Lempira, y los de m-nor tasa de mortalidad son: Cortes, Santa Bárbara, Cemayagua, Cholutecaj siendo el de menor tasa Francisco Morazán, lo cual llama la atención, pues es el de-
partamento que presenta mayor índice de natalidad, lo**

que vie

ne a contradecir las teorías poblacionistas y a apoyar el hecho de que influyen más 103 factores de salud enunciados anteriormente •

Para 1933J las diez primeras causas de mortalidad general son las siguientes:

Nº	CAUSA	Nº CASOS	%
1	Infección intestinal mal definida	1,370	13.70
2	Disritmia cardíaca	662	6.60
3	Descripción y Complicación mal definida de las enfermedades del corazón	514	5.10
4	Neumonía, organismo causal no especifico.	390	3.90
5	Ataque por otros medios y por los no especificados	357	3.60
6	Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas	343	3.40
7	Otras enfermedades cerebro vasculares y las mal definidas	340	3.40
8	Tumor maligno de sitio no especificado	278	2.80
9	Ataque con armas de fuego y explosivos	270	2.70
10	Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal	260	2.60

NOTA: El total de la-s de las defunciones fue 19,304; para las mal

definidas 9,294 (48.2%) no tomándose para la estructura.

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Llama la atención el gran porcentaje de defunciones mal definidas (**8.2%)

lo cual apoya la observación de una deficiencia en

el sistema, de información.

Del total de ca.sos analizados en el cuadro, vemos que en su mayoría son causas no infecciosas (o3.21;i) las causantes de muerte, minoría (36.79ÍÓ) las de tipo infeccioso.

Hay que mencionar que la población infantil por ser la más vulnerable tiene características de mortalidad propias.

Diez primeras causas de mortalidad infantil Honduras, C.A.,1933:

Nº	CAUSA	Nº CASOS	%
1	Infección intestinal mal definida	560	29.00
2	Otras afecciones y las mal definidas en el período prenatal	260	13.50
3	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer	122	6.30
4	Neumonía, organismo causal no especificado	121	6.30
5	Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica	102	5.30
6	Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido	87	4.50
7	Infecciones propias del período perinatal	81	4.20
8	Disritmia cardíaca	67	3.50
9	Tosferina	55	2.90
10	Bronconeumonía organismo causal no especificado perinatal	43	2.20 "

¡NOTAS El total de las defunciones fue de 2,757 correspondiendo para las mal definidas 325 (29.9/0 no tomándose para la estructura.

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Vemos que hay una inversión con la mortalidad general, pues en la infantil la mayoría de causas son infecciosas (64.22#) siendo las no infecciosas de un 35*73#.

El porcentaje mayor lo ocupan las diarreas (37.38#) seguidas de la enfermedades respiratorias (17.76#). b) MORBILIDAD.

Para 1935 entre las 15 primeras causas de Morbilidad en menores de un año, existe un 85.92% de tipo infeccioso, entre las que ocucan el primer lugar las infecciones respiratorias. (41.14#) y las intestinales (33*29#)» seguidas de infecciones dermatológicas (8.76#) y óticas (2.73#).

Posteriormente entre **Las** no infecciosas está la desnutrición con un 5.83# J las enfermedades parasitarias con un 5.82#.

(4, PÓg. 8).

Analizando para el mismo año la morbilidad de la población de 1 a 4 años, menos que entre las 15 primeras causas, siempre hay un predominio de las infecciosas (66.31#) sobre las no infecciosas. (33.69#)*

En las no infecciones respiratorias ocupan un 35.47# seguidas

seguidas de las intestinales (19.25%)»

En las no infecciosas, el parasitismo intestinal ocupa un 19.25%» lo cual es lastimoso pues siendo de transmisión hídrica podría disminuirse.

la desnutrición tiene un ascenso hasta un 11.43% en esta población, lo cual se explica por el inicio de la ablac- tación (generalmente deficiente en cantidad y calidad).

(4. Pág. 9)

En cuanto a la morbilidad general, sigue habiendo un predominio de las enfermedades infecciosas (58.53%) sobre las no infecciosas (41.47%).

Siguen siendo las enfermedades de tipo respiratorio (35*37) las de mayor frecuencia, aunque en forma individual, lo es la infección intestinal.

Pág. ?) .

La incidencia de tuberculosis ha aumentado en un promedio de 12% por año, en el grupo etáreo de 15 a 24 años desde - 1980 a 1986. El incremento es más acentuado en los grupos etáreos extremos (niños y ancianos),

c) NUTRICION.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1987» en los niños menores de 5 años, existe un déficit en la relación peso/talla (para desnutrición aguda y crónica) en un 38.0% de la población. (10, pág. 2). Además, hay un déficit en la relación talla/edad (que valora a desnutrición crónica) en un 7.7% de la población, y un déficit en la relación peso/talla (para desnutrición aguda) de

3. H/j (á. pág» 2). Datos que aún están sujetos a revisión.

Las carencias nutricionales tienen repercusión en los niveles hematológicos, encontrándose para 1987, niveles bajos de hemoglobina en un 16.5% y de hematócrito en un 17.1% de la población menor de 5 años. (íf. pág. 2)

Otra población muy afectada por las carencias nutricionales, es la de la mujer embarazada que en un **hóji** sufre de anemia ferropriva, asociada a otros trastornos de desnutrición calórico-pro téica.

El problema nutricional está basado tanto en el sistema de producción agrícola del país, como en la falta de educación nutricional sobre los requerimientos de la dieta, principalmente en el área rural, en lo que no existe costumbre de ingerir hortalizas y frutas, además de una falta de ingesta de proteínas animales ordinariamente dada por una imposibilidad de adquisición. (17* pág. 27)

d) INMUNIZACIONES.

Las inmunizaciones están orientadas a la población menor de 5 años.

Para 1987 el porcentaje de niños menores de 1 año inmunizados fue el siguiente:

i

-	Poliomielitis	614
-.....	Sarampión.	574
-.....	D. P. T	584
-	3. C. G.	

66% (1-, pág. 2)

Existe además un programa de inmunización con toxoide tetánico para las embarazadas, con el que se ha logrado solamente un 254 de cobertura de las embarazadas en control»

8.- ORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

a) COBERTURA.

Las atenciones de salud en Honduras están a cargo de tres - instituciones de las cuales, el Ministerio de Salud Pública es el que abarca mayor cobertura (604). El Instituto Hondureño de Seguridad Social, que solo

cubre un 84 de la población, solo abarca las dos áreas poblacionales más importantes del país. (Tegucigalpa y San Pedro Sula)

Además de estos, está la atención privada que solo cubre a un 34 de la población, pues en la mayoría de los casos se hace inaccesible económicamente.

b) NIVELES DIRECTIVOS.

El Sistema Directivo del Ministerio de Salud Pública está organizado de la siguiente forma»

b.1. NIVEL CENTRAL:

b.1.1. Político: Autoridades del Ministerio de Salud.

b.1.2. Normativo: rige ejecución de planes. b.2. NIVEL REGIONAL

O EJECUTIVO:

Formado por las regiones sanitarias de salud. Honduras es tá dividido en 8 regiones (Ver Anexo N° 1) cada una con sub

divisiones en áreas. b.3. NIVEL DE AREA: Es el nivel

básico de dirección,

c) NIVELES ASISTENCIALSS:

El Sistema Asistencial está clasificado en niveles de complejidad de atención:

1. - NIVEL COMUNITARIO: Constituye la base de atención del sistema de salud; en él participan: los miembros de la comunidad organizados en comités; los guardianes de salud; el representante de salud, las

parteras tradicionales capacitadas y los colaboradores voluntarios.

2. - NIVEL CESAR: (Centro de Salud Rural). Atendido por una en
fermera auxiliar.
3. - NIVEL CESAMO (Centro de Salud con Médico y Odontólogo). **k.** ~ NIVEL HOSPITALARIO: En el que están los Hospitales de área los hospitales regionales y los hospitales nacionales.

d) POLITICA NACIONAL DE ¿ALUD.

La estrategia global de desarrollo para el período 1986 - 1989

dá prioridad a dos grandes áreas: La económica y la social.

Tendrán atención preferente los grupos de Las zonas rurales y

las áreas urbano marginales. (23, pág. 8)

En el área de salud, la política será de extensión de cobertura a través del sistema de servicios de salud y la - estrategia de atención primaria.

e) ORIENTACION DE PROGRAMAS DE SALUD.

e.1. MATERNO INFANTIL: Normalización de atención integral del niño menor de 5 años y de la mujer en período de embarazo, parto y puerperio.

e.2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES. (P.A.I.): Propósito: reducir las tasas de morbilidad - mortalidad en las enfermedades del programa (poliomielitis, saram- pión, difteria, tosferina, tétano **y** tuberculosis) en menores de 5 años; y reducir el tétano neonatal median te la vacunación de la mujer en edad fértil. e.3. CONTROL DE ENFERMEDADES

DIARREICAS: Prevención y tratamiento oportuno de la deshidratación por diarrea, e.[^]. CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) Capacitación del personal para mejor detección, clasificación y tratamiento de la IRA.

e,5» CONTROL DE TUBERCULO SIS: Intensificar acciones de prevención,

detección y tratamiento de **la** enfermedad. e.6, SANEAMIENTO BASICO: Acciones encaminadas a generar cambios en el medio ambiente y en las condiciones de salud de la población en general.

e.7, CONTROL DE VECTORES: Disminución de la incidencia y prevalencia de las enfermedades vectoriales. e.8. NUTRICION: Mejoramiento de la situación alimentaria

nutricional, sobre todo en los grupos más vulnerables. e.9. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL: Orientada a la detección, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, principalmente: Sífilis, Gonorrea. Se ha incluido últimamente aquí el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). e.10.

CONTROL DE LA RABIA: Busca una mayor cobertura del control de animales y de perros mordedores para disminuir la incidencia de la rabia.

e.11. PROGRAMA DE SALUD ORAL: Orientado a la atención odontológica de la población mediante actividades de fomento y prevención. e,12. PROGRAMA DE CONTROL DE

ALIMENTOS: Orientado al control de la elaboración, manipulación, almacenaje y venta de alimentos. e.13. PROGRAMA DE ATENCION MEDICA HOSPITALARIA: Busca integrar el nivel hospitalario en el sistema de salud y que los niveles de

complejidad inferior upan capaces de evitar el flujo excesivo e innecesario de pacientes a los hospitales.

e.1'f. SERVICIOS MOVILES Y Sí-ERGENCIAS NACIONALES: Desarrolla un es- cuer.a de atención integral en aquellas comunidades que no tienen acceso a los servicios permanentes de salud.

e.15» PROGRAMAS LE SALUD MENTAL: Busca mediante investigaciones - sencillas, rediseñar y reprogramar acciones concretas que - den soluciones a lo.-, problemas tales como: alcoholismo, dro- gadicción, desintegración familiar, paternidad irresponsable y epilepsia.

e,16« PROGRAMA DE APOYO E INVERSION: Su finalidad es responder eficientemente a requerimientos técnicos, administrativos, legales y financieros de los programas de prestación de servicios de salud. (23? pág. 8-30)

£.- ZAMBRAKO, DESCRIPCION GENERAL.

1.- HISTORIA:

Los datos más remotos recaudados, nos hablan de que Zambrano nació con el nombre de "Finares de Zambrano", siendo una hacienda de agricultura y ganadería, propiedad del General Calixto Carías padre del controversia! legislador Tiburcio Caries Andino, quien vivió en este lugar los años de su juventud.

Con el tiempo, 3.a hrciepda ee fue poblando ccr. trabajacc-rcp y flgrr.cn colonos que fueron comprando parcelas de tierra estableciendo ahí sus hogares» Así fue pasando de caserío a aldeas. Con el mejoramiento de las carreteras tuvo un rápido crecimiento poblacional.

dkUACTON POLITICA Y GEOGRAFICA:

Zabrano es una aldea dependiente políticamente de la Alcaldía Municipal del Distrito Central da Tegucigalpa, ubicada en el Km. ^5 de la Carretera del Norte. Está localizada en una pequeña meseta a 1,¥f0 mts. de altura sobre el nivel del mar, rodeada por un terreno accidentado de pequeñas llanuras y elevaciones. Su clima es fresco o templado.

(17)

Cuenta con buenas vías de comunicación, ya que es atravesada por la Carretera del Norte del país la cual es muy transitada tanto por transporte de comercio como particular.

DEMOGRAFIA:

Para 197*4 según los datos proporcionados por el Censo Nacional de Población y Vivienda, contaba con 1,^39 habitantes, do los cuale3 875 eran hombre3 y 56^ mujeres, distribuidos en un total de 257 viviendas.

Por ser zona de paso para actividad comercial, posee mucha población migratoria, procedente generalmente del Sur del -
pais .

DNSAPROT.IC COMUTíITAHIO .

Zambrano cuenta con un Patronato que promueve actividades de interés para la comunidad. Funciona además un Club de Amas de Casa que mantiene estrecha relación con el CESAR de la localidad, y - con el comedor infantil allí existente.

Hay en la población, una tropa de "Boys Scouts" de reciente fundación, que promueve actividades para muchachos y además colaboran con los habitantes de la aldea.

5.- EDUCACION.

Cuenta Zambrano, con el Kinder Inmaculada Concepción, que atiende a preescolares, y una escuela primaria pública, con atención en dos jornadas, en la mañana para niños y en la noche para adultos. Dos colegios de Educación Secundaria, el primero, depende - directamente del Primer Batallón de artillería y el Segundo es de reciente creación.

Existe además la "Escuela para la Capacitación de la Mujer Campesina Aragua" la cual funciona desde 1987, proporciona capacitación para campesinos en áreas de corte y confección, tejido, tintura, onvasado de alimentos, cocina y horticultura a pequeña escala, con una capacidad para treinta alumnos.

En la misma escuela se imparten cursos de capacitación en los trabajos domésticos y de formación humana a niñas de 8 a 15 - años.

SALUD:

Para la atención en Salud, Zambrano está localizado administrativamente en el área N° 3 de la Región Sanitaria N° 1 del Ministerio de Salud Pública; cuenta con un Centro de Salud Rural (CESAR) atendido por una Auxiliar de Enfermería del que dependen siete aldeas y caseríos aledaños, a la localidad: La Unión, Bosques de Zambrano, la Providencia, El Zapote, La Montera, El Tablón y El Quebradón.

Además la Clínica Médica Aragua creada en Abril de 1988 (y que depende de la Escuela del mismo nombre antes mencionada) la – que está atendida por un médico en Servicio –Social y una enfermera. Esta clínica aunque está promovida por una institución de carácter privado, funciona sin fines de lucro.

URBANIZACION,

Zambrano está dividido por la carretera del Norte del País. Tiene además un trazado de calles de tierra que permiten el acceso para automóviles hacia el Centro de la aldea.

Cuenta con una distribución por barrios, cinco en total: La Unión, Las Brisas, El Centro, la Concepción y la Primavera.

Dispono en su mayoría del servicio de luz eléctrica tanto en el ambrado público como en las viviendas»

Una muy pequeña proporción de las viviendas, disponen de servicio sanitario conectado a foso séptico.- la mayoría poseen letrinas y otra parte no dispone de una disposición de excretas adecuada.

Al servicio de agua por tuberías (que no siempre es "potable" por el grado de

contaminación), solo tienen acceso una parte de la población, principalmente la de los barrios más antiguos como el Centro, La Concepción y Las Brisas; sin embargo, durante el verano, el aprovisionamiento de agua se convierte en un verdadero problema pues no da abasto para toda la población, la que se ve obligada a tomarla de ríos y quebradas cercanas.

Da servicio a la Comunidad una Oficina de Correo Nacional y una estación telefónica de Hondutel, de la cual próximamente se darán líneas telefónicas particulares.

Además da servicios una Sub-Delegación de la Fuerza de Seguridad Pública (PUoUP).

3.- .ÍCONDMIA;

Actualmente Zambrano es una comunidad en crecimiento, la que al igual que la mayoría de la población hondureña, depende económicamente del cultivo mixto de maíz, café y frijol.

Depende además de la explotación de productos forestales como * 4 la extracción de resina, lo que está fielmente custodiado por

una oficina de la Corporación Hondureña de Desarrollo For»s _____

tal (CCHPEFCR) ubicada en la localidad.

Otras fuentes de trabajo para los moradores son: "El Parque - Aurora", que es un Centro de Recreación Turística; El Comedor de Zambrano; una gasolinera, el Centro de Convivencia Monte- cilios; además algunas inversiones privadas como: cultivo de fresas, de flores y una porqueriza de reciente creación.

[es variables que utilizaremos en este estudio se definen de la siguiente

forma :

1. - **Edad:** Años cumplidos desde su nacimiento hasta la elaboración de la encuesta, según lo refieran al encuestador.
2. - **Sexo:** Según su concepto biológico y social sean hombre o mujer y el encuestador lo clasifique como tal.
3. - **Lugar de Nacimiento o Procedencia:** Lugar en que refiera la persona encuestada haber nacido, clasificada por departamentos.
- A.- **Lugar de Vivienda Anterior, Migración;** Lugar donde vivía hace 5 años (partiendo de la fecha del Censo) según lo refiera el encuestado, clasificándose como nativo o foráneo.
5. - **Alfabeto:** Persona de 5 años o más, que sabe leer y escribir, según sea referido al encuestador.
6. - **Analfabeto:** Persona de 5 años o más que no sabe leer ni escribir o que solo sabe leer (según codificación utilizada en la Encuesta Nacional de Población, (E.N.P.), tal como sea referido por el encuestado.
7. - **Escolaridad.** Nivel más alto de estudio que haya sido aprobado según sea referido al encuestador. Se valorará a personas de 5 años y más que se contempla en la E. N. P.
8. - **Oficio u Ocupación:** Actividad de trabajo aprendida por experiencia o por curso recibido, y que sea referido al en-

cuestador,

9 Estado Conyugal: Situación conyugal en que viva el encues

tado al momento de la encuesta. Se valora a personas de 10 años y más,

tal como lo refieran al encuestador.

Podrá ser:

9.1. Unión libre: vida marital sin vínculo matrimonial.

9.2. Casado: vida marital con vínculo matrimonial.

9.3. Separado: no hay vida marital pero si vínculo matrimonial.

9. ¿f. Divorciado: Con ruptura del vínculo matrimonial legal. 9.5»

Viudo: Ausencia por defunción del otro cónyuge.

9.6. Soltero: Sin vida matrimonial ni conyugal.

10. Actividad Ocupacional: Si ejerció o nó una ocupación en la semana inmediata anterior al momento de la entrevista.

Se - encuesta a personas de 10 años y más tal como sea referido al encuestador.

11. Relación Ocupacional: Se refiere a si es empleado asalariado, ya sea público o privado o si es empleador o trabajador independiente. Se incluyen a personas de 10 años y más, tal como lo refieran al encuestador.

12. Tipo de Vivienda: Características de la construcción de la vivienda según observación del encuestador.

Tipo A: de 10 a 12 puntos.

Tipo B: de 7 a 9 puntos»

Tipo G: de 4-a 6 puntos

Tino D: de 1 a 3 puntos»

Consignándose los puntos de la siguiente forma:

Piso: - Ladrillo de cemento, terrazo o corriente, **k** ptos»
- Plancha de
cemento, 3 ptos.
- Ladrillo de
barro o madera 2 ptos.
- Tierra 1
pto.

Pared: - Piedra, bloque o ladrillo **k**
ptos.
- Adobe o
bahareque 3 ptos.
- Madera 2
ptos.
- Palo o caña
o desechos 1 ptos.

Techo: - Concreto c lámina de asbesto **h**
ptos.
- Teja de
Barro 3 ptos.
- Lámina de
Zinc 2 ptos.
-
Paja, Palma, Material do Desecho **1**

pto.

13. Tenencia de La Vivienda: Se sin lo refiera al encuestado, será.
propia, pagándose a plazos, alquilada o prestada.

'ik» Número de piezas de la vivienda: Tomaremos como pieza, toda
aquella separada por una división sólida según la observación del
encuestador.

15. Disposición de Excretas. Según sea referido ¿para el encuestado.- Puedo
ser inodoro (do alcantarilla o do pozo séptico) lot.rina o aire libre.

16. Disposición de Agua: Según sea referido y observado por el
encuestador, podrá ser: Instalación por tubería (en la casa, en la
propiedad, fuera de la propiedad), de pozo, de rio, de vertiente, de
vendedores ambulantes.

17. Alumbrado en la Vivienda: Según sea referido: electricidad,
gas, ocote y vela.

13. Ingresos Familiares Diarios: Según sea referido, será la suma de los
ingresos diarios de los miembros de la familia. La clasificaremos dentro
da las siguientes categorías:

- Menos de L. 5*00
- De L. 5.01 a L. 10.00
- De L. 10.01 a L. 25.00
- De L. 25.01 a L. 50.00
- De L. 50.01 y más.

19. Morbilidad: Será el número de enfermos con determinada enfermedad en una

población, durante un período de tiempo y se expresará en tasas. Nos dará las causas más frecuentes de enfermedad.

20. Mortalidad: Causas de muerte de la población y su frecuencia según características poblacionales en un período de tiempo determinado.

21. Recursos de Salud: Elementos con que cuenta la comunidad de Zambrano para la atención de servicios de salud durante el período de estudio.

VT.- ^Í1^T_Q_D_0_]L_0_G_X_A_

POBLACION A ■:¿TUDIAR:

La población de este estudio son los habitantes de la Comunidad de Zambrano y de las zonas clasificadas como "Zonas de Influencia", en el sector de Salud, que hacen un total de 2,^03 habitantes, distribuidos en 4^9 grupos familiares.

MUESTRA:

Este trabajo, está dividido en dos etapas:

En la Primera Parte del estudio, tomamos el 100% de la población total, para lo cual se hizo un listado total de habitantes, siendo la unidad de estudio, no la persona individual sino al grupo familiar, de esta forma tomamos la totalidad **kb?** familias.

La información para esta primera muestra fue tomada de las boletas del Censo Nacional de Población. (Ver Anexo 2).

En la segunda etapa del estudio tomamos por muestreo sistemático, (21, Pag. 112), una muestra del 30% de la población total, a la que se le evaluó con una encuesta específica de salud, (Ver Anexo 3), poniendo además mayor énfasis en la valoración de la población femenina en el área económica, pues es un

hecho bien sabido, que con las preguntas tradicionales sobre la
ra ello la entrevista personal y los archivos existentes en cada
uno de ellos.

2T:IfshlOo DE SELECCION DE GRUPO3.

Por ser este un estudio descriptivo, se hizo un análisis de toda la
población con énfasis en los grupos más vulnerables como lo son la
población infantil y las mujeres.

DURACION DEL ESTUDIO:

El tiempo aproximado para la realización del presente estudio, fue de
8 meses, durante los cuales, se hizo la revisión bibliográfica necesaria
así como la recolección de la información y el ordenamiento de la misma,
para el posterior análisis de resultados y elaboración del informe final.
Se había calculado un tiempo menor pero fue necesario ir reajustándolo,
en vista de algunos inconvenientes encontrados durante la realización
del mismo.

' INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

1. - Soleta del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1988, (Anexo
2), con la que se hizo lo siguiente:
 - Elaboración de listado total de familias, del cual se obtuvo la
muestra aplicando un muestreo sistemático.
 - Extraer mediante su tabulación directa, datos de variables
socio-económicas.
2. - Encuesta Panil.inr (Anexo 3), que es una encuesta de salud

propriadmente dicha, con preguntas, cuyas respuestas fueron llenadas por el entrevistador»
Se tor.ó con ello datos específicos de salud y otras variables socio-económicas actuales»

CRITERIO D 3 REEMPLAZO EN LA MUESTRA:

Entre l.¿s dificultades previstas para esta investigación, esperáramos encontrar casas deshabitadas dentro de la muestra, las cuales serían sustituidas por la inmediata posterior en la lista; sin embargo, al elaborar el listado inicial, encontramos un total de 610 viviendas de las cuales 101 estaban deshabitadas, quedando 509 casas habitadas, por lo que se decidió tomarlas todas para el estudio, abarcando así el 100%; ó de las familias en pmo.º.º.

En la segunda etapa se hizo un muestreo sistemático del total de las 509 familias, obteniéndose 166 elementos para la muestra, que equivalen a un 32.º del total.

ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION.

La planeación, coordinación y ejecución de esta investigación, ha sido hecha por la sustentante del proyecto, supervisada directamente por su asesor.

Faro su elaboración, contamos con la ayuda de la E LO PLAN y de
t

la A.H.P.K., así como de un grupo de estudiantes universitarios, que ayudaron a la realización de la Encuesta de salud previa instrucción. Para la tabulación y procesamiento de la información se utilizó una computadora que fue programada específicamente para este estudio por una persona calificada y con experiencia.

Entre los aspectos que consideramos más importantes para la determinación del Diagnóstico de Salud están los siguientes:

1.- Indicadores Demográficos: Con su relación con sexo, edad, migración, proporción urbano-marginal.

2*“ Indicadores de Salud: Mortalidad con relación por grupos de edad; Fecundidad.

1. - Indicadores de Saneamiento Ambiental: En el que se incluyó la eliminación de excretas, de basuras; la disposición de agua en las viviendas **y su** iluminación.

2. - Indicadores Socio Económicos: Medios y fuentes de trabajo y producción; condiciones de vivienda, habitantes por vivienda, dieta básica y estado conyugal.

3. - Educación: **Que incluye recursos de aprendizaje do la comu nidad, niveles de escolaridad, alfabetismo y analfabetismo existentes.**

4. - Indicadores de los Sistemas de Salud: **Describen los recursos**

4 sos y actividades de salud coa que cuenta la comunidad; acce-

so a los mismos y cobertura de sus programas. Abarcando tanto los sistemas públicos como privados. Datos do Morbilidad.

7 Nivel de Organización de la Comunidad: Con la determina
ción de las organizaciones iitarnas existentes y los niveles de autoridad de las mismas, posibilidades de recreación y esparcimiento con que se cuenta.

J,- TABULACION Y PROCESAMIENTO.

En la primera parte de la investigación, la información se registró en rna matriz de datos do la que posteriormente se trasladaron a La computadora, donde se analizaron según el plan mínimo existente. (Ver Anexo N° 5).

En la segunda parte, la información de las encuestas se registró directamente en la computadora para su análisis.

J^ÍÍ.-r__B3`2^AMS_Y_ANALISTS_DE_DATOS

Una vez recolectada La información, pasamos en este capítulo a la presentación de los resultados, donde hemos querido incluir el análisis y discusión de los mismos»

A.-

1.- Población total y por áreas de influencia.

El primer aspecto a analizar es el demográfico, en el cual encontramos que Zambrano cuenta con una población total de 2,403 habitantes, distribuidos geográficamente de la siguiente forma:

- **2,090 habitantes en el casco de la aldea, equivalente a un 36.97%.**
- **315 habitantes en las zonas de influencia (Ver Anexo 6), que hacen un 13.03% del total»**

C U A D R O i r 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
AREAS DE INFLUENCIA DE ZAMBRANO
1 9 3 8

A R E A S	N" HABIT.	%
Bosques de Zambrano y Guanijiquil	49	15.7
El Tablón	32	10.2
La Montera	91	29.1
El Zapote	33	10.5
Quebradón (ó Quebradas)	27	8.6
La Unión (ó La Coyotera)	81	25.9
T O T A L	3 1 3	100.0

Observamos en el Cuadro N° 1 que las áreas de influencia mayor pobladas son las de La Montera y La Unión, siendo la más pequeña El Tablón.

Es de hacer notar que no se incluye en la lista "La Providencia", (que inicialmente se había citado como área de influencia), ya que al realizar el estudio se comprobó que es una finca cuya población fue censada dentro del caserío de "La Unión".

Población por grupos de edad y sexo.

Si clasificamos los habitantes según el sexo, nos encontramos que del total de la población, 1,205 son hombres lo que equivale a un 50.1%, comparado con un 49.9% dado por 1,198-mujeres. (Cuadro N°

2)

**POBLACION DE ZAMBRATFO Y AREAS DE INFLUENCIA POR
GRUPOS DE EDAD Y SEXO'**

1 9 8 8

E DADES		MAS	%	FEM	o/ so	TOTAL	%
00 -	04	221	9.2	211	8.8	432	18.0
05 -	09	236	9.8	221	9.2	457	19.0
10 -	14	170	7.1	152	6.3	322	13.4
15 -	19	112	4.6	107	4.5	219	9.1
20 -	24	97	4.0	110	4.6	207	8.6
25 -	29	70	2.9	83	3.5	153	6.4
30 -	34	61	2.5	70	2.9	131	5.4
35 -	39	59	2.4	49	2.1	108	4.5
40 -	44	37	1.6	44	1.8	81	3.4
45 -	49	23	1.2	44	1.8	72	3.0
50 -	54	37	1.6	37	1.5	74	3.1
55 -	59	13	0.8	22	0.9	40	1.7
60 -	64	20	0.8	14	0.6	34	1.4
65 Y	má s	39	1,6	34	1.4	73	3.0
TOTAL		1,205	50.1	1,198	49.6	2,403	100.0

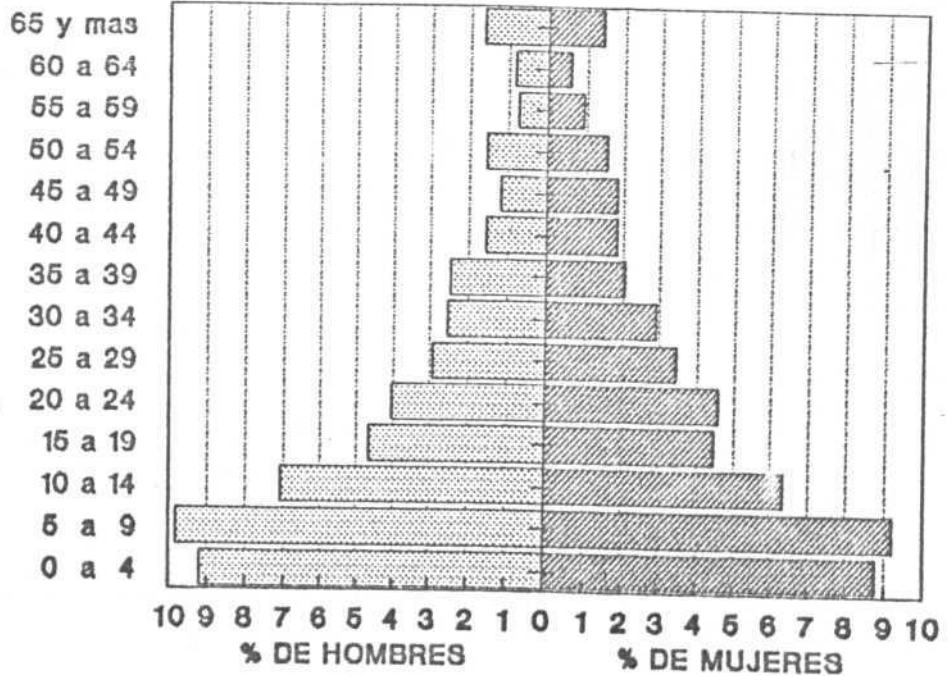
Vemos en el Cuadro M° 2, que el grupo de edad mas numeroso, es el de 5 a 9 años con ^57 habitantes (19.C\$), seguido del de 0 a 4 años con ^52 (13.^); juntos suman 889 habitantes (37^), a

quienes van dirigidos los programas prioritarios de salud. 3i
 trasladamos esta información a un gráfico de población (Gráfico K°
 1), observamos que se nos forma, una pirámide clásica de país
 sub-desarrollado, con base ancha y cúspide estrecha. Sin embargo, es
 de hacer notar que hay una ligera reducción en la población de 0.5
 años, lo que podría explicarse por el uso de la planificación familiar.

GRAFICA N° 1

PIRAMIDE POBLACIONAL
 ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988.
 GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD



Ademas, la población considerada económicamente dependiente, formada por los menores de 15 años, (50.8%) y los mayores de 65,

0. "?) constituyen un 53.1 del total, que descansa sobre una población económicamente activa de un 46.6%.

Sin embargo, hacemos la aclaración, que la población de 10-14 años (13.3%) en la zona rural estudiada, ya representa parte de la población activa, pues sobra todo el varón, ya se ha incorporado a las tareas agrícolas.

Procedencia de la Población»

Si analizamos la procedencia de la población, encontramos que

1. 825 habitantes (80.1%) son nativos del lugar y 178 (19.9%) son nacidos en otro lugar cuya procedencia es principalmente de Comayagua, de otros lugares de Francisco Morasén, de Choluteca y Olancho.

Un 9% de la población, ha residido en Sambrano desde hace más de 5 años, mientras que el 6% restante es inmigrante.

Además, la población considerada económicamente dependiente, formada por los menores de 15 años, (50%) y los mayores de 65, (3%) constituyen un 53% del total, que descansa sobre una población económicamente activa de un 6.6%.

Sin embargo, hacemos la aclaración, que la población de 10-14 años (13.9%) en la zona rural estudiada, ya representa parte de la población activa, pues sobre todo el varón, ya se ha incorporado a las tareas agrícolas.

Procedencia de la Población.

Si analizamos la procedencia de la población, encontramos que 1.25 habitantes (80.1%) son nativos del lugar y 78 (19.9%) son nacidos en otro lugar cuya procedencia es principalmente de Comayagua, de otros lugares de Francisco Morazán, de Choluteca y Olancho.

Un 9% de la población, ha residido en Zambrano desde hace más de 5 años, mientras que el 6% restante es inmigrante.

Es comprensible que Comayagua y Francisco Morazán, sean los lugares de mayor procedencia (Cuadro N° 3), dada su proximidad. Sin embargo llama la atención

el alto índice de Cholulca, el cual podríamos atribuirlo a las terribles sequías que ha tenido esa población en los últimos años, lo que ha estimulado los movimientos migratorios.

**CINCO PRIMEROS LUGARES DE INMIGRACION
DE LA POBLACION 1)E ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8**

LUGAR DE VIVIENDA ANTERIOR	N* HABITANTES	<v
Comayagua	24	2 0 . 3
Francisco Morazán	16	1 3 . 6
Choluteca	16	1 3 . 6
01ancho	13	1 1 . 0
Cortés	12	1 0 . 2
Otros	37	3 1 . 3
T O T A L	1 1 8	1 0 0 . 0

Es comprensible que Comayagua y Francisco Morazán, sean los lugares de mayor procedencia (Cuadro N° 3), dada su proximidad. Sin embargo llama la atención el alto índice de Choluteca, el cual podríamos atribuirlo a las terribles sequías que ha tenido esa población en los últimos años, lo que ha estimulado los movimientos migratorios.

3.- I;DTC.\COH JS DE 3ALUD.

1.- Mortalidad,

La tasa de mortalidad general registrada para 1988, fue de 5.A por mil habitantes, que es inferior a la tasa de mortalidad general caca pora todo el país.

C U A D R O N° 4

**MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 19 5 8**

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	% A>
Menor de 1 año	1	1	2	15.4
De 1 a 4 años	0	1	1	7.7
De 5 a 14 años	1	1	2	15.4
De 15 años y más	5	3	8	61.5
T O T A L	7	6	13	100.0

La mayor mortalidad se presentó en los mayores de 15 años ; (61.5%) seguido de los menores de 1 año y los de 5-14 años con 15, cada uno. (Cuadro N° 4)

•

La mortalidad más baja se presentó en los del grupo de 1 a 4 años .

3.- II PICADOR JO DE SALUD.

q.- Mortalidad.

La tasa de mortalidad general registrada para 1988, fue de 5.4 por mil habitantes, que es inferior a la tasa de mortalidad general dada para todo el país.

La mayor mortalidad se presentó en los mayores de 15 años ; (61.53) seguido de los menores de 1 año y los de 5-14 años con 15.43 cada uno. (Cuadro N° 4) .

La mortalidad más baja se presentó en los del grupo de 1 a 4 años.

2.- Fecundidad.

De 695 mujeres mayores de 12 años, mujeres (63.9%) ya han tenido hijos, 312 (36.1%) aún r.c han tenido, 31 número de hijos por mujer mayor de 12 años, varía de unas a otras, presentándose un promedio de 3.03 hijos por mujer.

C U A D R O N° 5
NUMERO DE HIJOS POR MUJER
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9
8 8

N° DE HIJOS	N° DE MUJERES	%
0 hijos	251	36.1
1 a 3 hijos	183	26.3
4 a 6 hijos	154	22.2
7 a 9 hijos	76	10.9
10 hijos y más	31	4.5
T O T A L	6 9 5	100.0

De las mujeres mayores de 12 años que ya han tenido hijos, 183 (26.3%) tienen de 1 a 3 hijos, seguidas de 154 (22.2%) que tienen de 4 a 6 hijos.

El grupo más pequeño lo conforman las que han tenido 10 ó más hijos, que son un total de 31 (4.5%). (Cuadro N° 5)

Si lo ordenamos de acuerdo a la edad materna, obtendremos que el número de hijos promedio va aumentando según la edad, (Cuadro N° 6).

C U A D R O N° 6

NUMERO PROMEDIO DE HIJOS SEGUN EDAD MATERNA
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA

1 9 8 8

EDAD MATERNA(años)	PROMEDIO DE HIJOS	N ° MADRES	%
12 a 15	0	108	15.5
16 a 20	1	105	15.1
21 a 25	2	102	14.7
26 a 30	3	83	11.9
31 a 35	4	65	9.4
36 a 40	5	52	7.5
41 a 45	5	37	5.3
46 a 50	6	48	6.9
51 a 55	6	31	4.5
56 a 60	6	21	3.0
65 y más	6	43	6.2
T O T A L	*****	695	100.0

rociemos ver en ex ouaaro o- o, que hay 105 mujeres (05.5#) do 12 a 15 años, con un promedio do 0 hijos, seguidas de 105

(15.135) de 16 a 20 años que tienen un promedio de 1 hijo. Junto con el grupo de 21 a 25 años, que son un total de 102 mujeres (1 con un promedio de 2 hijos per mujer, constituyen los grupos más numerosos y los de menor paridad.

Ver.os que para las mayores de 46 años el promedio de hijos por mujer es de 6.

C,- INDICADORAS DSSANEAMIENTO AMBIENTAL.

1»- Disposición de Agua.

C U A D R O N* 7**PROCEDENCIA DEL AGUA EN ZAMBRANO
Y AREAS DE INFLUENCIA**

1 9 8 8

PROCEDENCIA DEL AGUA	ZAMBRANO		AREAS		TOTAL	
	N* VIV	%	N" VIV	%	N° VIV	%
Tubería Pública	312	81.7	7	10.4	319	71.0
Tubería Privada	3	0.8	13	19.4	16	3.6
Pono de Malacate	2	0.5	4	6.0	6	1.3
Bomba Hidráulica	1	0.3	0	0.0	1	0.2
Río	7	1.8	6	9.0	13	2.9
Vertiente	20	5.2	27	40.3	47	10.5
Vendedores Amb.	2	0.5	3	4.5	5	1.1
Otro3	35	9.2	7	10.4	42	9.4
T O T A L	3 8 2	100.0	67	100.0	449	100.0

Del total de las 109 casas existentes, vemos en el Cuadro N° 7, que un 71.0% toman el agua de tubería pública, lo que a primera inclusión se nos presenta como un dato alentador. Sin embargo se debe hacer notar que este dato está principalmente alimentado por casas situadas en el casco de Zambrano, ya que en las áreas de influencia, solamente un 10.5% tienen este servicio, siendo en su mayoría carentes del mismo, por lo que un 89.5% toman el agua de ríos o vertientes. Hablando propiamente del casco, la disposición del agua por tubería es buena, ya que 82.5% de casas cuentan con ella, pero es de recalcar el hecho de que sólo durante meses del año reciben el agua en forma corriente, siendo en los otros muy escasa.

El agua que reciben la utilizan para todas las necesidades del hogar incluyendo la ingesta, y vemos en el Cuadro N° 8

C U A D R O N° 8
MÉTODOS DE PURIFICACIÓN DEL AGUA
ZAMBRANO Y ÁREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8

que en su mayoría (60.95%) no la someten a ningún proceso de purificación.

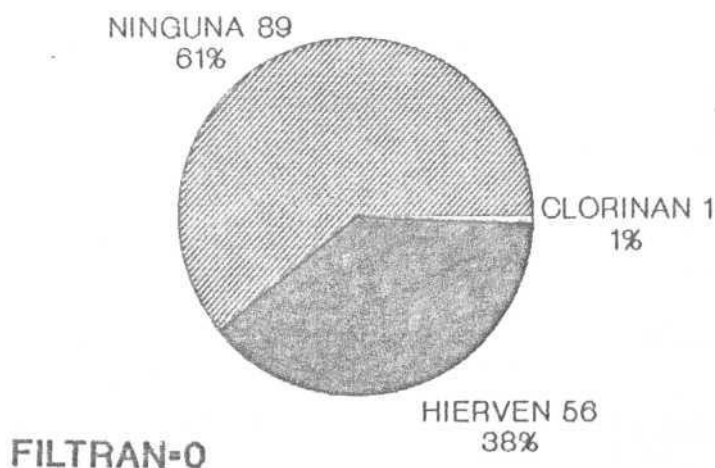
M E T O D O	N* VIVIENDAS	%
Hervida	56	38.4
Filtrada	0	0.0
Clorinada	1	0.7
Ninguna	89	60.9
* T O T A L *	146	100.0

Hay que aclarar que este análisis (al igual que algunos subsiguientes que aparecerán indicados con un asterisco *), se hizo con una muestra de la población (ver metodología) por lo que no aparece el total de las **hb9** viviendas.

El método más común para la purificación del agua es hervida, que es utilizada en un **38** de las viviendas (Cuadro II° 8 y Gráfica N° 2).

GRAFICA N° 2

PURIFICACION DEL AGUA ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988



2.- eliminación de excretas.

Sn cuanto a la eliminación de excretas, encontramos en el Cuadro N° 9» que un 68.1\$ del total de las viviendas poseen un medio adecuado para la eliminación de excretas, sin esto indicar, que sea realmente utilizado en esa misma proporción, ya que por observación durante la realización de la encuesta, po-

demos ver que los menores de 5 años en su mayoría no utilizan la letrina sino que practican el fecalismo al aire libre.

C U A D R O N° 9

**ELIMINACION DE EXCRETAS
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9
8 8**

TIPO DE SERVICIO SANITARIO	N' VIVIENDAS	%
Inodoro de Alcantarilla	14	3.1
Inodoro de Pozo Séptico	57	12.7
Letrina Hidráulica	13	2.9
Letrina de Pozo Simple	222	49.4
Aire libre	143	31.9
T O T A L	4 4 9	100.0

Las letrinas están presentes en la mayoría de la población, (Cuadro N° 9) y

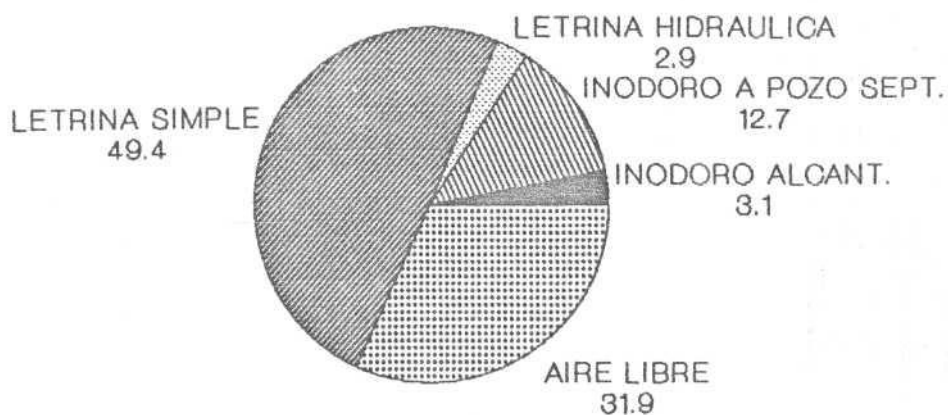
Gráfica N° 3).

Encontramos además que de las viviendas que poseen un medio adecuado de eliminación de excretas, un (13 viviendas), lo utilizan en comunidad con otra u otras familias.

El fecalismo al aire libre fue registrado en un 31.9% de las viviendas.

GRAFICA N° 3

ELIMINACION DE EXCRETAS ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988



3.- Eliminación de Basuras.

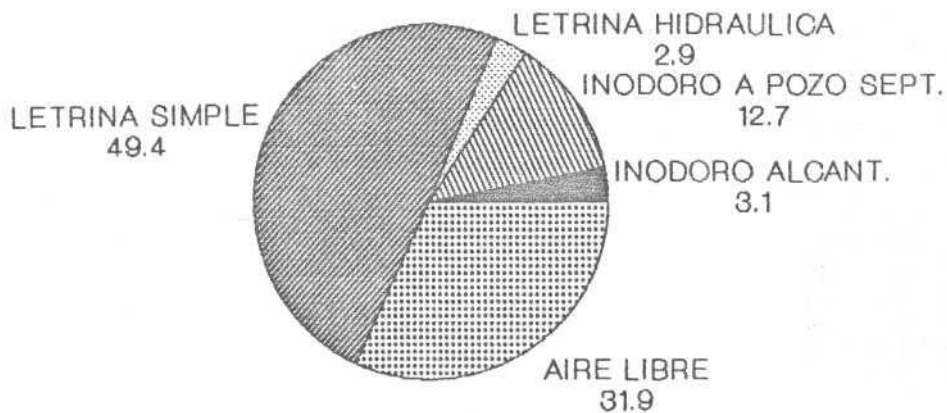
En cuanto a la eliminación de basuras, encontramos que en su mayoría (50.7%) botan la basura ya sea dentro o fuera del solar. (Cuadro N° 10 y Gráfica N° k).

Encontramos además que de las viviendas que poseen un medio adecuado de eliminación de excretas, un b.y/o (13 viviendas), lo utilizan en comunidad con otra u otras familias.

El fecalismo al aire libre fue registrado en un 31.9% de las viviendas.

GRAFICA N° 3

ELIMINACION DE EXCRETAS ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988



3.- Eliminación de Basuras.

En cuanto a la eliminación de basuras, encontramos que en su mayoría (50.7%) botan la basura ya sea dentro o fuera del solar. (Cuadro N° 10 y Gráfica N° k). INDICADCIES SCGIO LCONOHICOG.

En los indicadores socio económicos con lo que respecta al área **le la vivienda, encontramos que 332 viviendas (8.5/^ del total) están en el casco de Zambrano, y 67 viviendas (15/Ó) en las Areas de Influencia»**

¹ _____ de Vivienda.

Hemos clasificado la vivienda de A a D en orden descendente según las características de construcción. (Ver variables).

C U A D R O N' 1 2

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE VIVIENDAS ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8

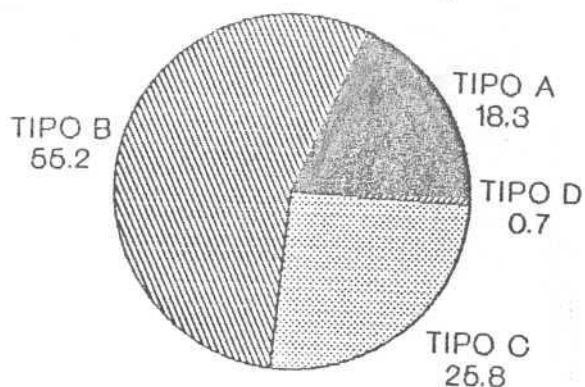
TIPO DE VIVIENDA	ZAMBRANO		AREAS		TOTAL	
	N° VIV	%	N° VIV	%	N° VIV	%
Tipo A	79	20.7	3	4.5	82	18.3
Tipo B	229	59.9	19	28.3	248	55.2
Tipo C	73	19.1	43	64.2	116	25.8
Tipo D	1	0.3	2	3.0	3	0.7
TOTAL	382	100.0	67	100.0	449	100.0

Podemos ver en el Cuadro N° 12 que del total de viviendas, existe un predominio de las de tipo B, con un 59.9%; seguidas de las de tipo C, con un **25.8%**, siendo las de menor frecuencia las de tipo D, con un 0.73*

Continuando la descripción, vemos que este orden se altera si analizamos independientemente el casco de Zambrano con sus Areas da Influencia, ya que en éstas hay un predominio de casas Tipo C, (64.2%), seguidas de las casas tipo B (28.3,3), y posteriormente las de tipo A con apenas un 4.53, siendo las tipo D de 3.0.- A diferencia, el casco de Zambrano presenta un predominio de casas tipo B (59.93), seguidas de las tipo A (20.7%), teniendo apenas un 0.33 de casas tipo D, lo que nos indica que la calidad de las viviendas es superior en Zambrano que en sus áreas de influencia. (Gráfica N° 5* A, 3, C.).

GRAFICA N° 5 - A

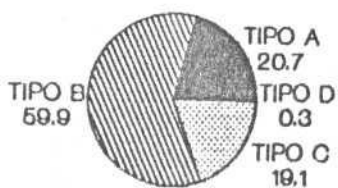
TIPOS DE VIVIENDA ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988



TOTAL = 449 VIVIENDAS

GRAFICA N° 5 - B

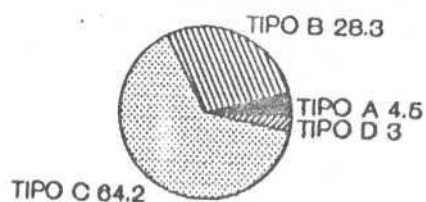
TIPOS DE VIVIENDA ZAMBRANO 1988



TOTAL = 382 VIVIENDAS

GRAFICA N° 5 - C

TIPOS DE VIVIENDA AREAS DE INFLUENCIA 1988



TOTAL = 67 VIVIENDAS

2.- de Vivienda.

La mayoría de las viviendas de Zambrano, son propiedad de sus habitantes.

(73-Q?) •

Las viviendas alquiladas y las prestadas, representan un 12.5% **y 12.7,1** respectivamente. (Cuadro **N° 13**)«

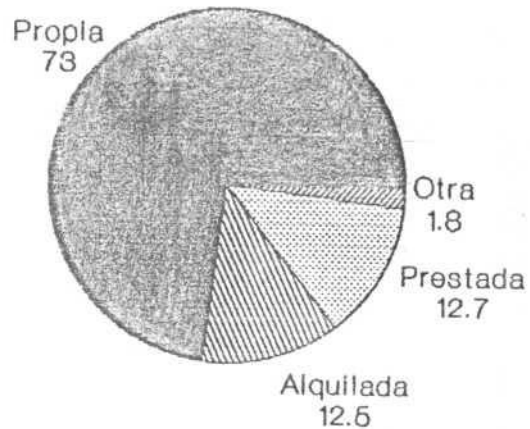
C U A D R O N° 1 3
TENENCIA DE LA VIVIENDA
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8

T E N E N C I A	N* DE VIVIENDAS	%
Propia	328	73.0
Alquilada	56	12.5
Prestada	57	12.7
Otra	8	1.8
T O T A L	449	100.0

11 alto porcentaje de viviendas propias, nos habla de un fenómeno positivo en la economía del hogar, ya que en la mayoría de familias de Zambrano éste no representa un auroro más de egreso mensual. (Gráfica N° 6)

GRAFICA N° 6

**TENENCIA DE LA VIVIENDA
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1989**



3.- Relación entre Habitantes y Viviendas.

El número medio de habitantes por vivienda es de 5.35. Relacionando el número de piezas de las viviendas con los habitantes, encontramos que hay una proporción de 1.39 habitantes por pieza, incluyendo cocina y sala.

Si tomamos únicamente dormitorio, la relación es de 3.69 habitantes por dormitorio.

Esta proporción es calculada del total de viviendas, pero varía de familia a familia. (Cuadro N° 1*0).

RELACION DEL NUMERO DE HABITANTES Y DORMITORIOS DE LA VIVIENDA. ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8

Lj N* DORMITORIOS N" HABITANTES Lj	1 A 2		3 A 4		5 A 6	
	N* FAM	%	N* FAM	%	N* FAM	%
1 a 5	242	53.9	15	3.3	0	0.0
6 a 10	152	33.9	18	4.0	2	0.5
11 y más	15	3.3	5	1.1	0	0.0
T O T A L	4 0 9	91.1	38	8.4	2	0.5

Vemos en el Cuadro N° 14 que la mayoría de familias (>3.9;), son aquellas que viven de 1 a 5 miembros, en casas con 16 2 dormitorios.

Les siguen aquellas de 6 a 10 miembros que viven en casas de 16 dos dormitorios (33.9%) y finalmente en una proporción igual (3.3%) los de más de 11 viviendas en casas de 16 2 dormitorios, y los de 1 a 5 miembros en casas de 3 y ^ dormitorios.

Los datos anteriores, nos revelan que en su mayoría, la población vive en situación de hacinamiento, careciendo de las condiciones mínimas indispensables para vivir dignamente.

RELACION DEL NUMERO DE HABITANTES Y DORMITORIOS DE LA VIVIENDA. ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8

Lj N* DORMITORIOS	1 i\ 2		3 A 4		5 A 6	
	N* FAM	%	N* FAM	%	N* FAM	%
1 a 5	242	53.9	15	3.3	0	0.0
6 a 10	152	33.9	18	4.0	2	0.5
11 y más	15	3.3	5	1.1	0	0.0
T O T A L	409	91.1	38	8.4	2	0.5

7c—.03 en el Cuadro N° 1^ que la mayoría de familias (33.9í), son aquellas que viven de 1 a 5 miembros, en casas con 162 dormitorios.

Les siguen aquellas de 6 a 10 miembros que viven en casas de 1 6 dos dormitorios (33.9^» y finalmente en una proporción igual (3#3;i) los de más de 11 viviendas en Casas de 1 6 2 dormitorios, y los de 1 a 3 miembros en casas de 3 y ^ dormitorios.

Los.datos anteriores, nos revelan que en su mayoría, la población vive en situación de hacinamiento, careciendo de las condiciones mínimas indispensables para vivir dignamente.

C U A D R O ir 14

**RELACION DEL NUMERO DE HABITANTES Y
DORMITORIOS DE LA VIVIENDA. ZAMBRANO Y
AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8**

L^ir DORMITORIOS	1 A 2		3 A 4		5 A 6	
N* HABITANTES L 	N* FAM	%	N* FAM	%	N ' FAM	%
i a 5	242	53.9	15	3.3	0	0.0
6 a 10	152	33.9	18	4.0	2	0.5
11 y más	15	3.3	5	1.1	0	0.0
T O T A L	409	91.1	38	8.4	2	0.5

73-03 en el Cuadro N° 1*f que la mayoría de familias (53.9#), son aquellas que viven de 1 a 5 miembros, en casas con 162 dormitorio 3 •

Les siguen aquellas de 6 a 10 miembros que viven en casas de 16 dos dormitorios (33.9#)» y finalmente en una proporción igual (3.3#) los de más de 11 viviendas en casas de 162 dormitorios, y los de 1 a 5 miembros en casas de 3 y ^ dormitorios.

Los datos anteriores, nos revelan que en su mayoría, la población vive en situación de hacinamiento, careciendo de las condiciones mínimas

indispensables para vivir dignamente.

Posesión ce electrodomésticos.

Un factor •" _>e nos ha parecido interesante incluir en este estudio, es la posesión de artículos electrodomésticos, en la aue encontramos -ue la estufa» no es considerada necesaria para los quehaceres, ya

que solamente un 13.3% de las viviendas la poseer en comparación con la televisión, que la poseen un 37.8% y la radio un 70.0% que están mayormente en las casas tipo B.

Lo anterior es explicable, ya que por las condiciones del medio, es más económico la fabricación de fogones de barro en la cocina lo que es compatible con que un 92.9% de las viviendas usan leña como combustible de cocina.

5.- Tenencia de Tierra de Cultivo.

C U A D R O N° 1 5

TENENCIA DE TIERRA DE CULTIVO
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988

T E N E N C I A	N * D E FAMILIAS	%
Propia	86	58.9
Prestada	10	6.8
Alquilada	3	2.1
No tiene	47	32.2
* T O T A L *	1 4 6	100.0

25.

En el Cuadro N° 15 observamos que la mayor cantidad de familias poseen tierra de cultivo ya sea propia (58.9%), prestada (6.8%)

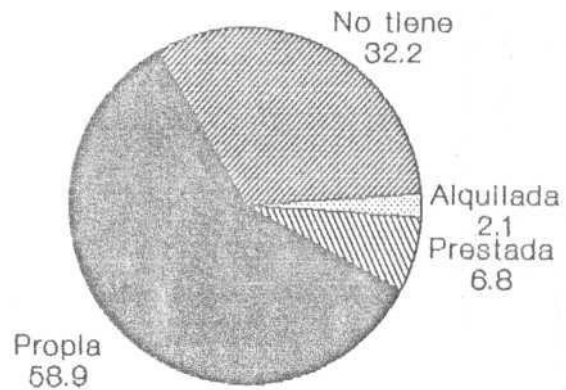
6 alquilada (2.1%), y un 32.2% no tienen. (Gráfica M° 7).

GRAFICA N° 7

TENENCIA DE TIERRA DE CULTIVO

ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA

19 8 8



Lo anterior sería un dato alentador, si no lo asociamos con la cantidad de tierra cultivable por familia. (Cuadro N° 16).

CANTIDAD DE TIERRA CULTIVABLE POR FAMILIAS ZAMBRANO Y
 AREAS DE INFLUENCIA **1 9 8 8**

C A N T I D A D	N° DE FAMILIAS	«v /o
[- - " Menos de 1 manzana	55	55.6
. i 1 manzana	25	25.2
2 manzanas	10	10.1
3 manzanas	7	7 . 1
4 manzanas	2	2.0
* T O T A L *	99	100.0

Vemos n«5 do los que reportaron poseer tierras, en su rran mayoría (55.6;5), son tierras muy pequeñas (solares de 25 por 50 varas cuadradas) que sólo permiten un cultivo de subsistencia oue en algunos casos no satisface ni siquiera el consumo familiar. Un cuanto al tipo de cultivo, el maíz es lo que ocupa el primer lu'Tir como lo vemos a continuación:

TIPOS DE CULTIVOS ZAHBRANO Y
AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8

C U L T I V O	N* FAMILIAS	%
Main	38	38 . 4
Frijol	4	4.1
Café	7	7.1
Hortaliza	13	13 . 1
Maíz y Frijol	14	14.1
Maíz, Frijol y Hortaliza	13	13. 1
Todo	10	10.1
* T O T A L *	9 9	100. 0

Un 62.2% son monocultivos, ya sea de maíz (38.4%), Frijol (4.1%) y Café (7.1%) y hortaliza (13.1%), que como lo dijimos anteriormente, son de subsistencia, y muy pocos con proporciones para comercialización. Un 37.3% lo constituyen cultivos mixtos.

6. - Producción.

Si analizamos la producción de la comunidad, concluiremos que Zambrano tiene una muy baja producción tanto agrícola como industrial, pues además de que hay una inadecuada distribución de la tierra cultivable, (Cuadro M° 15 y N° 16), son muy encanano

ii la oivas do in^oroió n y organizaci3n para la mejora de la producci3n aerícola. No existe ning3n tipo de asociaci3n carn- na que contri*. **Vja**, a. inci ementes óucnxcos y urocedú mientos -fricó las, siendo en su majaría una producci3n de tipo individual y empírica, basada en el maíz. (Cuadro N° 17).

Zxisten algunas inversiones personales de producci3n agrope __ cvario, como lo son un cultivo de fresas, de flores, y de varios árboles frutales, los cuales constituyen fuente de trabajo para la comunidad sin ser estos la **principal** fuente.

Zn el área industrial la principal iniciativa es el Restaurante Aurora, donde se produce pan, envasados de alimentos, que da muchas fuentes de trabajo. Sin embargo, a nivel del campesino, no se crean iniciativas de industrializaci3n y por ende de comercializaci3n (exceptuando las pulperías que abundan en los diferentes barrios), ya que según se logró percibir, existe un cierto tabú en cuanto a la actividad comercial ya que principalmente entre la pob.¹ aci3n femenina, lo consideran una actividad vergonzosa, siendo muy frecuente escuchar la frase "da pena andar vendiendo"; formas de pensar que obstaculizan la promoci3n de pequeñas industrias caseras.

Otra fuente de trabajo es el Parque Aurora, que es nn centro turístico de la localidad.

- Actividad Ocupacional.

"n cuanto a la Actividad Ocupacional (Cuadro N° 13), encontra- - os que lo que

ocupa el mayor porcentaje son los quehaceres del hogar (49.5/0» seguido de los ocupados (21.4%) y posteriormente los inactivos (13.7/0« formado por los que estudian exclusiva— mente, están jubilados o incapacitados permanentemente.

C U A D R O N* 1 3
ACTIVIDAD OCUPACIONAL
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8

ACTIVIDAD OCUPACIONAL	N" PERSONAS	*y/ /o
Ocupado	324	21.4
Desocupado -----	----- 26	1.7
Hizo quehaceres del hogar	750	49.5
Inactivos	207	13.7
Otros	207	13.7
T O T A L	1514	100.0

Hemos querido aquí separar los "quehaceres del hogar", de los "inactivos", porque consideramos (a pesar de que el Censo Na-

nnclona! de Población lo Cataloga como población económicaraen-
*

te inactiva) que para efectos del estudio y de planificación, sí representan una población activa según lo indicamos a continuación:

C U A D R O N * 1 9

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LAS AMAS DE CASA
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8

A C T I V I D A D	N"Sras.	%
Hace tortillas para vender	12	8.2
Hace oficios deraésticos en otras casas	6	4.1
Hace comida para venta	13	8.9
Lava y plancha ajeno	15	10 . 3
Vende ropa y artículos de primera neces.	15	10.3
Costura	5	3.4
Trabaja la agricultura casera	15	10.3
Hace pan para vender	2	1. 4
Vende en la carretera	2	1 . 4
Ninguna (3ÓIO oficios domésticos)	51	34. 9
Otros	10	6.8
* T O T A L *	1 4 6	100.0

Podemos ver en el Cuadro N° 19 que aunque un 39.9% de las Amas de Casa no realizan ninguna actividad económica directamente, existe un 53.3% que inicialmente hablan declarado sólo los oficios domésticos, pero que con preguntas más específicas expusieron que realizan algunas actividades que les reportan ingresos en mayor o menor medida, entre las cuales están con mayor índice la agricultura casera, los servicios de lavar y planchar ropa ajena y el comercio casero, cada una con un 10.3%. Creemos que estas actividades pueden (con una adecuada educación) incrementarse para el provecho familiar, ya que si estas mujeres contaran con la adecuada formación familiar que las llevara a un mayor empeño en la atención de su hogar* y a la vez la preparación técnica necesaria para tener una pequeña industria casera, el nivel de vida humano y social mejoraría notablemente, listo lógicamente requeriría la ayuda de entidades privadas y públicas que pongan por obra los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, en lo que corresponde a la mujer.

UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE DE LAS AMAS DE CASA ZAMBRANO Y
AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 8

ACTIVIDAD PARA EL TIEMPO LIBRE	N" AMAS DE C.	%
Platica con las vecinas	27	13 . 5
Mira televisión	24	16.4
Sale a pasear	4	2 . 7
Juega con los niños	27	18.5
Duerme	27	18.5
Lee	7	4.8
Oye radio	5	3.4
Otros	25	17.2
* T O T A L *	1 4 6	100. 0

Bs verdaderamente alarmante, el alto porcentaje "que ocupan el "dormir" y el platicar con los vecinos (13.5^), ya que está únicamente motivado por la apatia personal y la falta de programas adecuados en la formación de la mujer. (Al mismo tiempo es satisfactorio encontrar que el "jugar con los niños" alcanza el mismo porcentaje. (Cuadro N° 20).

La televisión que usada sin su justa medida es un buen medio de diversión para la gente del área rural, vemos que por su alto porcentaje (16.^j) 3a constituyo en un elemento de pasividad.

refiriéndonos ahora a los oficios, encontramos que solamente **i** *****

231 (15.33) habitantes de los mayores de 10 años (151^[^]) han aprendido alféñ oficio, mientras que 1283 (8'f.?,í) no han tenido instrucción, (Cuadro N° 21),

C U A D R O N * 2 1

OFICIOS APRENDIDOS POR LOS MAYORES DE 10 AÑOS ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA **1 9 8 8**

O F I C I O	N° DE PERSONAS	%
Motorista	50	21 .7
Modista	45	19.5
Albañil	41	17.7
Carpintero	13.	5.6
Electricista	12	5.2
Mecánico	12	5.2
Sastre	6	2.6
Otros	52	22.5
* T O T A L *	2 3 1	100.0

Los tres oficios más aprendidos son motorista, modista y albañil, con 21.73, 19.5/3 **y** 17-7/3, respectivamente. (Cuadro N° 21). Sin embargo, cuando comparamos esto con **la** ocupación a que se dedican (Cuadro N° 22), la mayoría no está trabajando en el o- ficio que aprendió **y** muchos están trabajando en un oficio cono-

ci lo empíricamente.

C U A D R O N " 2 2

OCUPACION DE LA POBLACION MAYOR DE 10 AÍOS ZAMBRANO
Y AREAS DE INFLUENCIA **1 9 8 8**

O C U P A C I O N	N° DE PERSONAS	%
Estudiante	740	48.9
Ama de casa	437	28.9
Agricultor	43	2.8
Albañil	34	2.2
Vigilante	30	2.0
Obrero	26	1.7
Motorista	17	1.1
Peón de campo	12	0.8
Dependiente	12	0.8
Cocinero	12	0.8
Otros	151	10.0
T O T A L	1514	100.0

Después de los estudiantes (*+8.9/%)» son las toas de Casa las que ocupan el primer lugar con un **28.9%**; sin tener ninguna instrucción para ello (Ver Cuadro N° 21). Posteriormente viene la ocupación de agricultor (2.8% que en el Cuadro de Ofic Los Aprendidos, (Ver Cuadro M° 21) ni siquiera tuvo notación individual, sino que que-

dó englobado **en "otros", pues sólo aportaba un** Comparando **los dos últimos cuadros (N° 21 y N° 22) vemos que sólo los albañiles y los motoristas son**

los que en su mayoría están ejerciendo el oficio que aprendieron.

Otros **como las modistas, utilizan su oficio, para las necesidades de su familia (lo que sí les representa una ayuda) pero no como oficio permanente. Creemos que este fenómeno puede explicarse por la proliferación de ventas de ropa usada, que ha disminuir la demanda de costureras.**

8.— Ingreso de la Población.

En esta parte del estudio, hemos incluido a la población laborante, excluyendo a los estudiantes y a las amas de casa.

C__U A D R O N° 2 3

INGRESO DIARIO DE LA POBLACION LABORANTE ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 3

I N G R E S O (e n Lps.)	N* DE PERSONAS	%
Menos de 5.00	83	24.4
5.01 a 10.00	151	44.4
10.01 a 25.00	81	24.0
25.01 a 50.00	16	4.8
50.01 y más	6	1.8
T O T A L	3 3 7	100.0

La mayoría de los laborantes (**Mi. 85**) ganan un ingreso diario de L. a.01 *- L. 10.00, seguidos de los que ganan menos de L. 5.00, (**2*4.68**) y posteriormente los que ganan de L. 10.01 a L. 25.00 (Cuadro N° 2y.)

Ha más de un 2*4.6 í de la población laborante, que está devengando un sueldo

inferior al salario mínimo (Cuadro N° 23).- Lo anterior nos indica un subempleo que repercute invariablemente en la economía familiar ya que muchas veces, es un solo miembro de la familia, el encargado de la manutención de la misma. Calculando al ingreso familiar diario como la suma de ingresos que aporta cada miembro de la familia, encontramos que el promedio es de L. **8.2*1.0**. Para este cálculo, se eliminó una familia no se salía considerablemente de la normal, lo cual acrecentaba al dato.

**INGRESO FAMILIAR DIARIO 'PROMEDIO
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA**

1 9 8 8

I N G R E S O (e n L p s .)	N* DE PERSONAS	%
0.00	199	44.3
0.01 a 5.00	36	8.0
5.01 a 10.00	104	23.2
10.01 a 20.00	60	13.4
20.01 a 30.00	27	6.0
30.01 a 40.00	12	2.7
40.01 a 60.00	3	0.6
60.01 y más	8	1.8
T O T A L	4 4 9	100.0

Todernos ver en el Cuadro IT° 2*f, que un de familias tienen un ingreso familiar diario de L. 5«01 a I, 10*00, seguidos de un 13.b;ó de familias cuyo ingreso es de L. 10.01 a L. 20.00.

Es de hacer notar que la mayoría de familias (Mf.3/5) no reportaron un ingreso monetario, por lo que podemos suponer que su ingreso económico es de forma esporádica y casual, y que su manutención descansa sobre una agricultura do subsistencia. (Cuadro N° 2*0.

2n “eneral podemos decir que un 52«32» de las familias, están percibiendo un ingreso inferior al costo de la canasta básica familiar.

C U A D R O N ° 2 5
INGRESO FERCAPITADIARIO ZAMBRANO Y
AREAS DE INFLUENCIA 1 9 8 3

I N G R E S O (e n L p s .)	N * DE PERSONAS	%
0.00	199	44.3
0.01 a 3.00	178	39.6
3.01 a 6.00	44	9.8
6.01 a 10.00	16	3.6
10.01 y más	12	2.7
T O T A L	4 4 9	100.0

Al igual que en el cuadro anterior, vemos que un 44,3% de la población carece de un ingreso monetario definido.

Un 39.6%,i percibe un ingreso personal diario de L. 0.01 a 3.00, siendo la mayoría de la población, seguida de con un ingreso de L. 3.00 a L.6.00.

Calculando el ingreso diario por persona encontramos que éste es de L. 1.77, (aquí también se eliminó la familia citada anteriormente ya que duplicaba el valor).

9.- Dieta.

En la dieta de la **población de Zambra™**, no difiere mayamente **de la deocrita** **cor el reato de la población rural del país.**

Vecos que la alimentación radica básicamente en:

- **Frijoles**
- **Tortilla (principalmente)**
- **Arroz**
- **Fruta**
- **Grasas**
- **Azúcares**

Do botos, la tortilla y ol frijol son los mayóme te inseridos, ya que son consumidos por un 991 de la población, al igual que el azúcar que alcanza un porcentaje similar.

Las frutas solo oon consumidas por un de la población.

El huevo, no es parte do la dieta básica promedio, pero si es consumido en un de las familias, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana.

La inyesta de carne es muy baja, ya que solo un 20?a de las familias tienen acceso a ella, consumiéndola generalmente 1 vez por semana (la acostumbran los días domingo, como una tradición).

Los vegetales tienen el porcentaje de inyesta mas bajo, pues

solo los consumen un 1o/ó de las familias con una frecuencia de 2 a 3 veces a la semana.

Zn **cuanto** a la dieta de los lactantes fue satisfactorio encontrar que on los niños de 0 a 3 meses, un 803 recibían únicamente la lactancia materna y solo un 20,3tenían una lactancia mixta (materna y artificial).

10. listado Conyugal.

Otro factor socioeconómico importante de considerar es el estado conyugal de la población.

C U A D R O N * 2 6

**ESTADO CONYUGAL DE LA POBLACION
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA**

1 9 8 8

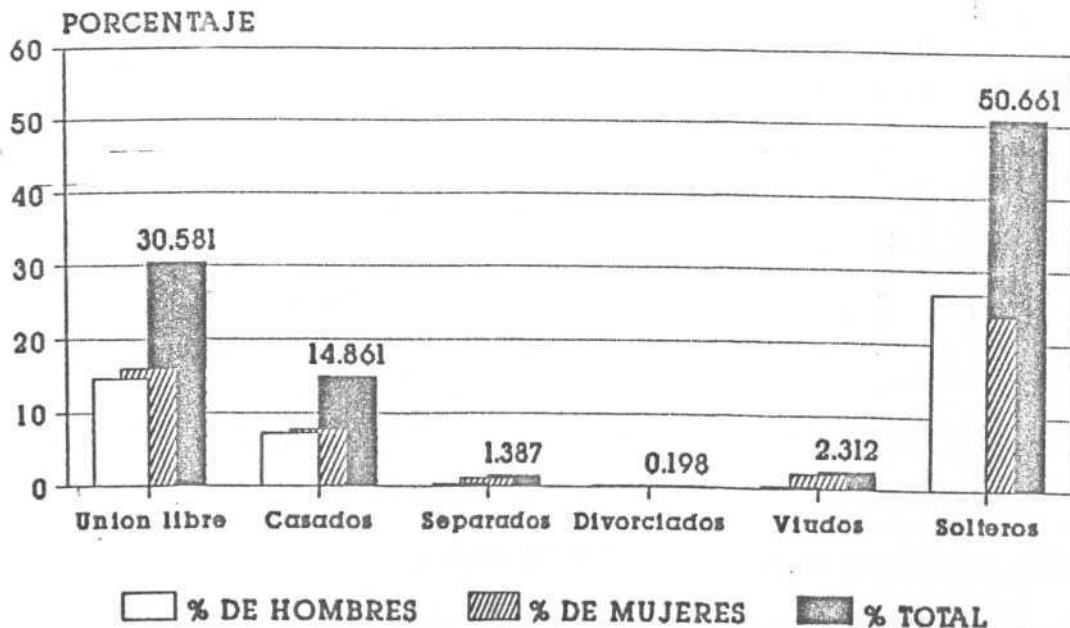
ESTADO CONYUGAL	HOMBRES			MUJERES			TOTAL	
	N"	%	%TOT	N"	%	%TOT	N °	%
Unión libre	221	29.5	14.6	242	31.6	16.0	463	30.6
Casados	109	14.6	7.2	116	15.2	7.7	225	14.9
Separados	4	0.5	0.3	17	2.2	1.1	21	1.4
Divorciados	2	0.3	0.1	1	0.1	0.1	3	0.2
Viudo	5	0.7	0.3	30	3.9	2.0	35	2.3
Soltero	407	54.4	26.9	360	47.0	23.7	767	50.6
T O T A L	7 4 8	100.0	49.4	766	100.0	50.6	1514	100.0

Vemos en el Cuadro N° 26, que el mayor porcentaje lo ocupan los solteros, con un 50.6% seguidos de los que viven en unión libre (30.6%) y los casados (14.9%). (Ver Gráfica N° 8).

De aquellos que viven vida conyugal un 67.3% viven en unión libre mientras que un 32.7% casados.

GRAFICA N° 8

ESTADO CONYUGAL DE LA POBLACION ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA 1988



Población mayor de 10 años.

. - INDICADORAS D5 EDUCACION.

1 Alfabetismo y Analfabetismo*

31 porcentaje de analfabetismo encontrado fus el siguiente:

C U A D R O N° 2 7

**PORCENTAJE DE ANALFABETISMO
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA**

1 9
8 8

CONDICION DE ALFABETISMO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N*	%	N*	%	N*	%
Alfabetas	668	33.9	670	34.0	1338	67.9
Analfabetas	313	16.1	315	16.0	633	32.1
T O T A L I	986	50.0	985	50.0	1971	100.0
- - - - -						

Podemos ver que el analfabetismo alcanza un 32.15% de la población, manteniéndose en una forma similar entre hombres y mujeres con un ligero predominio de los hombres,

**Este dato es en base a la población mayor de 5 años, por lo que consideramos está afectado ya que en el área rural el ingreso a la escuela es a partir de los 7 años. Por eso hemos querido agregar el siguiente dato: "Dentro de la población mayor de 10 años, el porcentaje de analfabetismo es de 23.05%, contra un 77.95% de alfabetas".
Matrícula Escolar y Colegial.- Deserción Escolar.**

Los siguientes, son datos recopilados en los centros educativos:

C U A D R O N° 2 8

**MATRICULA PRE-ESCOLAR JARDIN DE
NIÑOS INMACULADA CONCEPCION
Z A M B R A N O 1 9 8 8**

	N° NIÑOS	N° NIÑAS	TOTAL	%
Maticualados	22	33	55	100.0
Desertaron	20	29	49	89.1
Finalizaron	2	4	6	10.9

El jardín de niños Inmaculada Concepción, centro dependiente del Ministerio de Educación dá cabida a 55 infantes, de los cuales finalizaron 49, (89.1/0 presentando una deserción de un 10.9[^]. Está dirigido por un maestro y cuenta con una niñera.

La Escuela Primaria Marcos Carias Reyes presentó para 1988 la siguiente estadística:

CUADRO N° 29

MATRICULA Y DESERCIÓN ESCOLAR
 ESCUELA MARCOS CARIAS REYES
 Z A M B R A N O 1 9 8 8

G R A D O	MATRICULADOS			DESERTORES			FINALIZARON					
	M A S	F E M	T O T	% DEL TOTAL	M A S	F E M	T O T	% DE GRADO	M A S	F E M	T O T	% DE GRADO
1er Grado	61	59	120	23.7	3	1	4	3.3	58	58	116	96.7
2do Grado	69	59	128	25.3	2	0	2	1.6	67	59	127	98.4
3er Grado	53	50	103	20.4	1	0	1	1.0	52	50	102	99.0
4to Grado	42	38	80	15.8	1	0	1	1.2	41	38	79	98.8
5to Grado	19	15	34	6.7	1	0	1	2.9	18	15	33	97.1
6to Grado	17	24	41	8.1	0	0	0	0.0	17	24	41	100.0
T O T A L	261	245	506	100.0	8	1	9	1.8	253	244	497	98.2
% TOTAL	51.6	48.4	100.0		1.6	0.2	1.8		50.0	48.2	98.2	

Vemos en el Cuadro II° 29» que el total de matriculados para 1933 fue de **506** alumnos distribuidos en **261** varones (51.6%), **7 2*+5** niñas (4S,*i%).

La mayor población escolar se concentra en los tres primeros grados con 23*7, 25.3 Y 20.**h%** respectivamente.

La deserción escolar fue de 1.8% sobre la población matriculada, dada principalmente por un **1.6%** de varones. Vemos que' la mayor deserción se dió en los alumnos del **12** grado (**3.3%**), seguido del 5° grado (2.9%). Por información dada por los maestros de la escuela, se encuentra que, entre las primeras causas de deserción está la migración hacia otras localidades, así como las dificultades económicas para la compra de libros escolares.

La Escuela Marcos Carias Reyes funcionaba anteriormente en jornada nocturna para adultos, pero por escasez de alumnos ésta fue clausurada, por lo que no se consignan datos de la misma.

En el Cuadro N° 30 podemos observar que la matrícula del colegio Francisco Miranda fue de **61** alumnos para 1938, distribuidos en **38.15** Y **8** alumnos para 1°, 2° y 3° curso respectivamente.

La deserción alcanzó un 2*1.6% de la población, siendo mayor entre la población de primer curso (**3*1.2%**), con un predominio de las mujeres.

(Cuadro N° 30)

CUADRO N° 30

MATRICULA Y DESERCIÓN COLEGIAL
 INSTITUTO FRANCISCO MIRANDA
 Z A M B R A N O 1 9 8 8

C U R S O	MATRICULADOS				DESERTORES				FINALIZARON			
	M A S	F E M	T O T	% DEL TOTAL	M A S	F E M	T O T	% DE CURSO	M A S	F E M	T O T	% DE CURSO
1er Curso	17	21	38	62.3	6	7	13	34.2	11	14	25	65.8
2de. Curso	6	9	15	24.6	0	2	2	13.3	6	7	13	86.7
3er Curso	4	4	8	13.1	0	0	0	0.0	4	4	8	100.0
T O T A L	27	34	61	100.0	6	9	15	24.6	21	25	46	75.4
% TOTAL	44.3	55.7	100.0		9.8	14.7	24.6		34.4	41.0	75.4	

ZI Colegio Francisco Miranda cuenta con 6 maestros y 5 empleados de Administración; es de carácter semi-oficial.

La información sobre la Matricula y Deserción Colegial del Instituto dependiente del Primer Batallón de Artillería no se consignó, ya que a pesar de múltiples solicitudes hechas, ésta no fue proporcionada por la Institución.

La única escuela de educación técnica con que cuenta Zambrano, es la Escuela para la Mujer Campesina Aragua, que durante el año 1988 contó con un total de 60 alumnas y 6 maestros de especialidades técnicas.

En ella se impartieron, entre otros cursos: de Agricultura, Corte y Confección, Envasado de Alimentos, Repostería, Cocina, Tejido, Administración de Pequeña Empresa y Manualidades; cada uno con un promedio de asistencia de 25 alumnas.

Además en la misma escuela se creó un Club para niñas de 10 a 16 años en el cual se imparten cursos similares con un menor nivel de complejidad.

Está atendido por 4 maestras técnicas de labores do: esticas.

5.- Escolaridad de la Población.

C U A D R O N° 3 1

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION
 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
 1 9 8 8

EDAD EN AÑOS	N I N G U N O	%	A L F A B E T	%	P R E - P R I	%	PRIMARIA			SECUNDARIA			UNIVERSIT.			T O T A L			
							C O M P L	%	I N C O M	C O M P L	%	I N C O M	C O M P L	%	I N C O M		%		
5 a 6	139	7.05	0	0.0	22	1.1	0	0.0	19	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	180
7 a 14	99	5.0	5	0.3	20	1.0	30	1.5	414	21.0	0	0.0	29	1.5	0	0.0	0	0.0	597
15 a 19	41	2.1	1	0.05	6	0.3	46	2.3	63	3.2	1	0.05	64	3.2	0	0.0	0	0.0	222
20 a 29	63	3.2	1	0.05	9	0.5	81	4.1	125	6.3	5	0.3	75	3.8	0	0.0	2	0.1	361
30 y más	232	11.8	7	0.3	12	0.6	68	3.5	245	12.4	1	0.05	43	2.2	1	0.05	2	0.1	611
TOTAL	574	29.15	14	0.7	69	3.5	225	11.4	866	43.9	7	0.4	211	10.7	1	0.05	4	0.2	1971

De un total de 1971 habitantes, 29.151' no ha cursado ningún nivel educativo; un 0.7?) ha asistido a centros de alfabetización; 3.5?) alcanzó un nivel de ore-primaria. (Cuadro N° 31) . Lo educación Primaria, solamente la han completado un 11.4;) de la ;oblación, contra un 43.9;) que sólo la ha cursado en forma incompleta, siendo éste el porcentaje más alto.

La educación secundaria, ha ha alcanzado un 10.7)) de la población, finalizándola solamente un 0.4)).

bolamente un 0.2?) ha iniciado estudios universitarios, llevándolos a término 1 habitante (0.05?).

De los que presentan una secundaria incompleta (10.7))), la mayoría ha finalizado por lo menos el ciclo del plan básico, lo cual se explica por las facilidades existentes en el área para alcanzar ese nivel; sin embarco, esta población deja su educación sin continuidad, ya -ue no siguen estudios superiores, por carecer de los medios necesarios, ni han sido capacitados para realizar un trabajo, quedándose al final con la práctica de oficios aprendidos empíricamente. (Cuadro N° 21) cuando no desubicados socialmente, ya que el "sentirse estudiados" los hace menospreciar al trabajo de campo.

;s lamentable que se esté desaprovechando un nivel educativo que permitiría el aprendizaje de un oficio de mayor erado técnico.

?.- INDICADOR':.º DDL SI3TDMA DD 3ALUD.

Los sistemas organizados de salud con que cuenta Zanbrano son **el Centro de salud Rural (CDSAR)**, atendido por una auxiliar de enfermería; la Clínica Médica Aragua (CLIMA) atendida por un médico en servicio social y una enfermera auxiliar.

Ambos trabajan coordinando actividades para la comunidad. Además

proporcionan ayuda en salud enfermeras auxiliares que atienden individualmente.

1.- Asistencia a los Servicios de Salud.

En cuanto a la distribución por asistencia a los servicios de salud, encontramos lo siguiente:

C U A D R O N " 3 2

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ASISTENCIA.....
A LOS SERVICIOS DE SALUD
ZANBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA
1 9 8 8**

CUANDO SE ENFERMA ASISTE A:	N" PERSONAS	%
Curandero	1	0.7
Enfermera Particular	8	5.4
Centro de Salud	56	38.4
Clínica Médica Aragua	59	40.4
Hospital Escuela	6	4.1
Otros	16	11.0
* T O T A L *	1 4 6	100.0

**Fodemos ver en el Cuadro K° 32, que la mayor preferencia de asistencia es a la Clínica Aragua con un seguido inme-
diatamente del CE3AR con un Posterioitnente
los sigue**

"otros" que en su mayoría lo cubren el Hospital de Ccmayagua, y Clínicas Frivadas de esa ciudad o de Tegucigalpa.

Entre las razones que argumenta la población para no hacer u- so del CE3AR, la principal es por deficiencia de medicamentos. La razón mayormente aducida para no hacer uso de la Clínica Aragua fue lo distante

de su ubicación (que es a 1 kilómetro de la carretera principal).

2.- Volumen de Consultas»

Elaboramos el Cuadro de volumen de consultas, haciendo una distribución 12 meses, a partir de enero de 1908, para el CISCAR y de abril de 1988 para la Clínica Aragua (ya que en esa fecha inicia sus labores).

Podemos ver en el Cuadro N° 33, que en general hay mayor afluencia de pacientes a la Clínica Aragua que al Centro de Salud, sobre todo de pacientes mayores de 5 años, así como en los menores de 1 año. Esto lo podemos asociar a que el programa de vacunaciones depende exclusivamente del CELAR.

C U A D R O N " 3 3 VOLUMEN DE CONSULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD RURAL Y EN LA CLINICA MEDICA ARAGUA Z A M B R A N O (Enero 1983 - Marzo 1989)

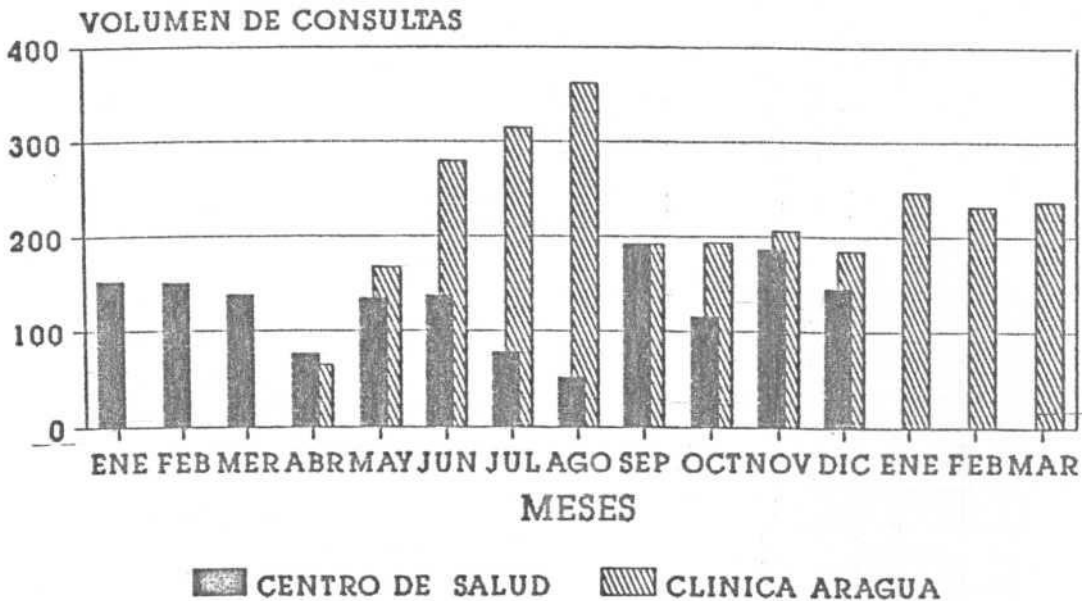
M E S	CENTRO DE SALUD					CLINICA ARAGUA				
	Grupos de Edad (en años)									
	<1	1-4	5-14	>15	T	<1	1-4	5-14	>15	T
ENE	29	57	15	52	153	####	####	####	####	####
FEB	28	52	23	48	151	####	####	####	####	####
MAR	9	39	24	47	138	####	####	####	####	####
ABR	25	31	13	22	75	7	14	13	30	64
MAY	25	66	25	18	134	17	30	36	85	168
JUN	24	66	19	28	137	38	49	44	149	280
JUL	13	33	9	22	77	58	34	107	116	315
AGO	10	24	2	15	51	40	21	199	101	361
SEP	28	72	31	61	192	41	15	30	106	192
OCT	17	44	11	43	115	36	20	41	97	194
NOV	19	77	24	66	186	49	15	28	115	207
DIC	21	54	18	52	145	55	14	26	90	185
ENE	####	####	####	####	####	24	61	29	133	247
FEB	####	####	####	####	####	50	21	41	120	232
MAR	####	####	####	####	####	59	18	31	130	238
TOTAL	251	615	214	474	1554	474	312	625	1272	2683

FUENTE: Archivos del CESAR y la Clínica Aragua.

Observamos que durante los meses de junio, julio y agosto, hubo mayor demanda de servicios de salud, presentando un nuevo ascenso en el mes de noviembre. (Gráfica N° 9).

GRAFICA N° 9

VOLUMEN DE CONSULTAS
CENTRO DE SALUD Y CLINICA ARAGUA
ZAMBRANO, FRANCISCO MORAZAN.



ENERO 1988 - MARZO 1989

' El franco descenso de consultas del CESAR en el mes de agosto, se explica porque estuvo cerrado por un tiempo en ese mes por vacaciones de su auxiliar. No se incluyeron los datos de la atención del CESAR en enero, febrero y marzo de -

por lo tanto el estudio abarcó un año de atención que concluyó en diciembre.

. - :Morbilidad. _

Describimos a continuación la morbilidad atendida en el GUIAR, eliminando las consultas por Control de Embarazo, de Crecimiento y Desarrollo y del programa de Planificación Familiar, ya que no forman parte de la morbilidad.

C U A D R O N' 3 4
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD
Z A M B R A N 0 - 1 9 8 8

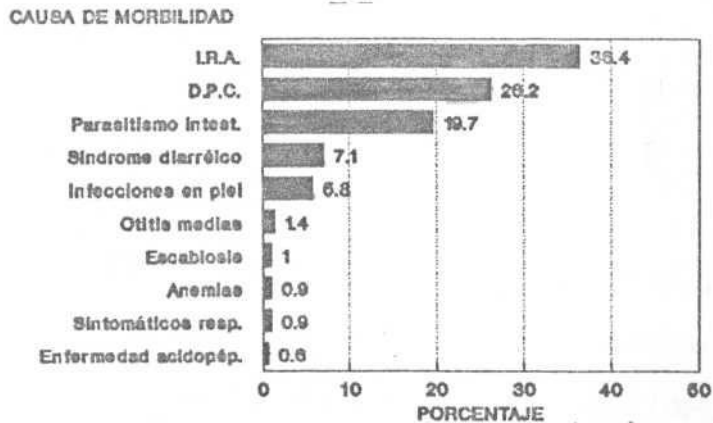
CAUSA DE MORBILIDAD	N*CASOS	%
I.R.A. (Leve, Moderada y Severa)	348	36 . 4
D.P.C. (Grados I,II y III)	251	19.7 ^{oe o} _{t-}
Parasitismo intestinal (no especificado)	188	19.7
Síndrome diarreico	68	7.1
Infecciones en piel (no especificadas)	55	5.8
Otitis medias	13	1 . 4
Escabiosis	10	1 . 0
Anemias	. 9	0.9
Sintomáticos respiratorios	9	0.9
Enfermedad acido-péptica	6	0.6
T O T A L	9 5 7	100.0

La primera causa de morbilidad la ocupan los IRA (36.4) seguidos de DPG en cualquiera de sus grados (26.2) y posteriormente el parasitismo intestinal (19.7).

Las infecciones respiratorias ocupan el mayor porcentaje, alcanzando un 51.6% del total, seguidas de las enfermedades - carenciales con un 20.6%, (Cuadro K° 3 y Gráfica N° 10).

En cuanto a la Morbilidad Infantil, diremos que mantiene las mismas características que la general ya que la mayoría de - consultas en el CESAR es de población menor de 5 años. (Ver Cuadro N° 33) •

GRAFICA N° 10
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
CENTRO DE SALUD RURAL
ZAMBRANO, Fco.MORAZAN 1988.



Continuando con la descripción de la morbilidad general, pasamos ahora a la atención en la Clínica Aragua.

Hemos también excluido la atención por control de embarazo y de crecimiento y desarrollo.

C U A D R O N * 3 5

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
ATENDIDA EN LA CLINICA MEDICA ARAGUA
ZAMBRANO . ABRIL 1988 - MARZO 1989.

CAUSA DE MORBILIDAD	N*CASOS	ay 'O
I.R.A. (Leve, Moderada y Severa)	473	30.3
Parasitismo intestinal (no especificado)	284	18.2
Síndrome diarréico	210	13.5
Faringo amigdalitis	208	13.3
Enfermedad acido-péptica	80	5.1
D.P.C. (Grados I, II y III)	71	4.6
Artiritis	70	4.5
Infecciones en piel (no especificadas)	59	3.8
Vaginitis (no especificadas)	55	3.5
Otitis medias	50	3.2
T O T A L	1560	100.0

En el Cuadro N° 35 podemos ver que las IRA ocupan el primer lugar con **30.5%** de la morbilidad, seguidas del parasitismo intestinal con un **18.2%** y el Síndrome Diarréico **13.5%**. (Gráfica N° 11) Con algunas ligeras variantes, encontramos que la morbilidad atendida en el CEGAR y la atendida en la Clínica Aragua es similar» (Ver Cuadro N° 3^ y N° 35)» pero es de hacer notar que la DPC muestra un descenso en esta última, así como la enfermedad

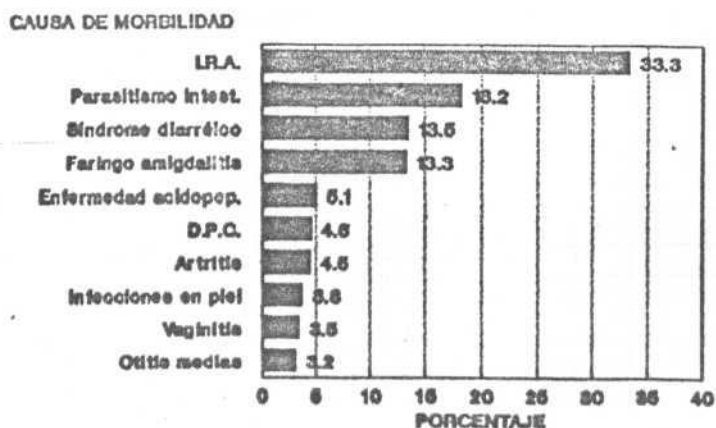
Acido Péptica presenta un ascenso en la frecuencia.

La iscabiosis que ocupaba el 7° lugar en la morbilidad del CESAR (Ver Cuadro N° 3*0 no aparece en las 10 primeras pausas de morbilidad de la Clínica Aragua. (Ver Cuadro N° 35). Sin embargo ocupa el doceavo lugar junto a la Hipertensión Arterial que llena el N° 11. Estas variaciones podemos explicarlas porque la población mayoritaria atendida en la Clínica Aragua es la de mayores de 15 años. (Ver Cuadro N° 33) .

La morbilidad infantil atendida en la Clínica Aragua mantiene las mismas características de la morbilidad general (Ver Cuadro N° 35, y Gráfica N° 11); con un pequeño cambio dado por predominio de el Síndrome Diarréico agudo (26.1^ sobre el parasitismo (9.2í0. A- demás por la sustitución de la enfermedad Acido Péptica, por las Amigdalitis (8.330.

Podemos enfatizar que las IRA mantienen el mayor porcentaje (7.7/0 en la morbilidad Infantil.**

GRAFICA N° 11
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
CLINICA MEDICA ARAGUA
 ZAMBRANO, Fco.MORAZAN 1988.



t,_ Programa de Control Prenatal.

Los atenciones del Control Prenatal muestran las siguientes características

:

**C U A D R O r 3 6 ATENCIONES POR
CONTROL PRENATAL CENTRO DE SALUD Y CLINICA
MEDICA ARAGUA Z A M B R A N O
1988-1989**

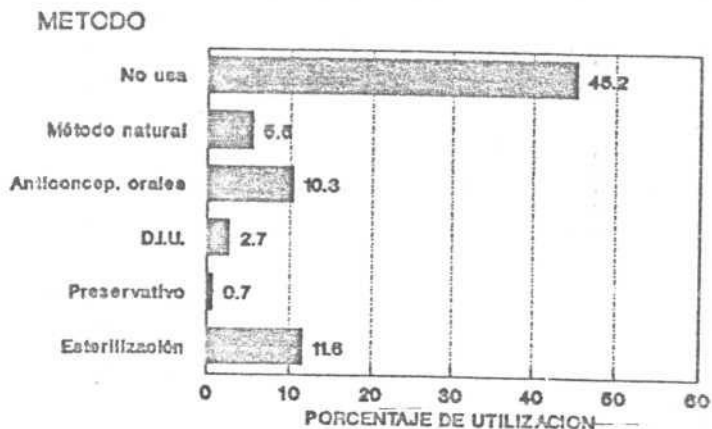
M E S	CENTRO DE SALUD			CLINICA ARAGUA		
	NUEVOS	CONTROL	TOTAL	NUEVOS	CONTROL	TOTAL
Enero	11	6	17	#####	#####	#####
Febrero	5	2	7	#####	#####	#####
Marzo	8	14	22	#####	#####	#####
Abril	0	9	9	3	0	3
Mayo	2	7	9	8	3	11
Junio	1	3	4	7	8	15
Julio	1	8	9	9	2	11
Agosto	3	3	6	17	3	20
Septiembre	4	4	8	6	6	12
Octubre	12	5	17	7	7	14
Noviembre	4	6	10	10	10	20
Diciembre	1	7	8	9	12	21
Enero	##1##	#####	#####	10	21	31
Febrero	#####	#####	#####	7	15	22
Marzo	#####	#####	#####	4	15	19
T O T A L	52	74	126	97	102	199

Fuente: Archivos del CESAR y la Clínica ARAGUA.

?In la nominación de "no se consignó" se incluyeron aquellas familias en las que no había mujer, o que ésta no estaba en edad fértil.

GRAFICA N° 12

USO DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA.1988.



ó.- Control de Crecimiento y Desarrollo.

La atención por Control de Crecimiento y Desarrollo en el CESAR fue de un 8*f (23.6^), en menores de un año y 2^2 (76.4^) para a.k años.

De los niños de las familias de la localidad, un 60.6% están en control y un 39»^ no asiste al mismo.

De los niños en el programa menos que la mayoría llevan cu control en el CE.5A1, (67.^3), un 30.23 en la CUMA y un 2.33 en el

X • d • b • A *

tención cor control le crecimiento y desarrollo en la Clínica Aragua fue le un total de 193 consultas, distribuidas en un año y 11^ (39*13;>) para 1 a ^ anos.

Pro arana .Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones, está a cargo exclusivamente del CESAR, quien recibe solamente un apoyo indirecto de la Clínica Aragua a través de la revisión de Carnets de vacunación

y remisión de sus pacientes para aplicación de dosis.

De las vacunas aplicadas durante el año 1938, la más numerosa fue la de la Polio, con un total de 297 aplicaciones sin contar sus refuerzos (⁸³)**1** seguidas de la DPT con 232 dosis aplicadas.

El sarampión presentó 107 aplicaciones; la BCG, **167** y el Toxoi- de tetánico 72. (Cuadro N° 39.)

C U A D R O N ° 3 9

VACUNACIONES EN EL CENTRO DE SALUD RURAL
ZAMBRANO, FRANCISCO MORAZAN
1 9 8 8

M E S	P O L I O				D . P . T .				SARAMPION D.UNICA	B . C . G . D.UNICA	TETANO		TOTAL
	1°D	2°D	3°D	REF	1°D	2°D	3°D	REF			1rad	2daD	
ENERO	7	7	13	0	7	8	11	2	9	10	4	2	80
FEBRERO	5	9	7	9	5	6	5	4	10	0	1	19	80
MARZO	16	6	6	78	0	0	0	0	10	0	2	8	126
ABRIL	6	15	12	302	16	9	15	16	12	9	7	0	419
MAYO	4	5	8	10	7	11	8	0	9	28	3	8	101
JUNIO	7	3	12	22	8	6	10	13	4	17	0	2	104
JULIO	10	7	7	20	9	10	8	11	10	40	0	0	132
AGOSTO	15	4	3	23	7	4	5	5	7	0	0	3	76
SEPTIEMBRE	7	6	6	2	3	11	8	1	11	11	0	2	68
OCTUBRE	11	10	8	11	10	11	11	9	10	35	2	3	131
NOVIEMBRE	7	9	7	2	6	9	8	3	8	14	0	3	76
DICIEMBRE	6	16	10	4	6	16	8	6	7	3	2	1	85
T O T A L	101	97	99	483	84	101	97	70	107	167	21	51	1478

C U A D R O N * 4 0

**HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS CARNETS DE VACUNACION
ZAMBRANO Y AREAS DE INFLUENCIA**

1 9 8 8

V A C U N A	CONDICION DEL CARNET	EN LA 1ra DOSIS	EN LA 2da DOSIS	EN LA 3ra DOSIS	DOSIS COMPLETAS
P O L I O	A l d í a	1 2 6	1 0 0 <small>ion</small>	1 3 3	1 1 1
	Descontinuado	0	4	9	
D. P. T.	Al día	125	121	114	110
	Descontinuado	1	4	9	
Sarampión	Al día	116	#####	#####	110
	Descontinuado	11	#####	#####	
B. C. G.	Al día	122	#####	#####.	12 0
	Descontinuado	4	#####	#####	

NOTA: Se revisaron en total 126 carnets.

**Podemos ver en el Cuadro N° 40 que la aplicación de la 1° dosis de la vacuna de Polio, está en todos los carnets, habiéndose -
descontinuado en 6 de ellos a nivel de la 2° dosis, y en 9 a nivel de la 3° dosis, presentando un esquema completo de 111, (88.1% de los 126 carnets.**

La DPT mantiene las mismas características de la Polio, observándose un aumento de carnets descontinuados entre mayor es la dosis de aplicar.

El Sarampión y la 3CG por ser vacunas de una sola aplicación, presentan no nos abandono que las anteriores, aunque para el sarampión es alto, presentando un 3.7o (11 casos) de no aplicación.

in general vemos que el Índice de vacunación es alto en la población infantil, observándose como era de esperar, algunos cacos de falta de contimiidad en el esquema de Vacunación, lo cual provoca una inmunidad inadecuada en los pacientes que la presentan.

Además de lo anterior, encontramos dentro de la población infantil de la muestra, un 8.72á (11 casos) de Vacunación por Rubéola, la cual en todos los casos había sido administrada en el 1.H.S.o.

G.- IIIDICADÓRE3 DE ORGANIZACION COMUNITARIA.

El único nivel de organización comunitaria existente, lo constituye el Patronato de la Localidad, cuya función principal ha sido en los últimos años la adjudicación de lotes para vivienda a familias necesitadas, proporcionándoles facilidades de pago. Como ocurre generalmente con estas organizaciones, no son comí latamente aceptadas por algunos 3ectore3 do La misma localidad, principalmente por razones de carácter personal.

existe en forma indirecta un "Club de Amas de Casa" pero que

r.o funciona en forma organizada, ya que básicamente gira alrededor de la administración del "Alimentación. Complementaria dada ror el Ministerio de Salud

Pública através del CICAS.

lio existe ninguna asociación campesina, ni de personal obrero que, promueva iniciativas de producción, mucho menos que proporcione medios adecuados para canalizar ayudas de inversión, lo cual sería de mucha utilidad para el desarrollo comunitario.

DIAGNOSTICO

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, diremos que la situación de Salud de la Comunidad de Zambrano, no alcanza un nivel satisfactorio según las metas propuestas por el Ministerio de Salud.

Encontramos un analfabetismo de un 32.1[^], asociado con una escasa preparación técnica de la población; una muy baja, producción y comercialización de productos y una carencia de fuentes de trabajo que repercute en bajos ingresos familiares, y en una nutrición deficiente.

Aunado a esto, encontramos condiciones de hacinamiento, inadecuadas para un desarrollo digno del núcleo familiar, lo que repercute en la estabilidad del mismo.

Además que campañas de anticoncepción, han dejado huella ya dentro de la comunidad, pues la población infantil ha empezado a disminuir lo suficiente como para variar la estructura de la pirámide de población. Asociado a esto, la estructura familiar se ve alterada, por un predominio de vida conyugal sin vínculos matrimoniales que contribuyan a su estabilidad.

Por todo lo anterior considero prioritaria la educación y formación humana como medio de solución, para los problemas de Zambrano llevada a cabo de manera conjunta por organizaciones Públicas, Privadas y de la localidad.

VIII. C O N C L U S I O N E S

^ distribución de la población por edades tiene forma pirarai-

con base ancha y angostamiento en la cúspide, mostrando un xii-oro recorte en la población de 0 - 4 años, conducta inusual de las gráficas para países en desarrollo, que lo expresa así por el uso de métodos de planificación familiar.

Z.- La tasa de mortalidad general de Zambrano y sus áreas de influencia es baja para los valores nacionales, siendo de un 5.4 por mil habitantes.

Un 80.1% de la población es nativa del lugar, presentando una inmigración de un 19.9%, la mayoría de Conayagua, Francisco Morazán y Choluteca, lo cual explicamos en el caso de los dos primeros por la proximidad, y de el último por las carentes condiciones de esa localidad, lo que promueve los movimientos migratorios.

4.- El número de hijos por mujer mayor de 12 años, es de 3.03 hijos, y presenta un aumento progresivo de acuerdo al aumento de la edad de la madre, mostrando a partir de los 46 años un promedio de 6 hijos por mujer.

La paridad en menores de 15 años es nula.

5. - La disposición de agua en la comunidad, está principalmente suministrada a través de tubería (82*52») aunque en tiemplos de verano (de 7 a 8 meses) ésta se hace insuficiente. Existe marcada diferencia con las áreas de influencia en las que sólo un 29.8% obtienen agua por tubería.

6. - No existe entre la población una educación adecuada en aumento a la purificación del agua ya que solo un 38.1% la hierven, siendo un 60.9% los que no la someten a ningún proceso.

7. - Un 68.1% de las familias poseen un medio adecuado para la eliminación de excretas, siendo la letrina el que alcanza el mayor porcentaje. (9. W • El fecalismo al aire libre se registró en un 31.9% de las familias, pero este porcentaje se vé aumentado por la población menor de 5 años que generalmente no utiliza la letrina.

lo hay una educación adecuada en cuanto a la eliminación de basuras, ya que un 50.7% de las familias la botan ya sea dentro o fuera del solar, lo cual repercute negativamente no solo en la salud de los habitantes, sino también en el ornato de la localidad.

9.- Un 73.07% de familias viven en casas propias. En su mayoría son viviendas de construcción tipo B.

2) Hay una marcada diferencia entre la calidad de las casas del casco urbano y la de las Areas de Influencia, pues estas son de constricciones inadecuadas.

3) El número de habitantes por vivienda es de 5.35; y el de habitantes por dormitorio es de 3.9.

4) La posesión de tierras para cultivo es deficiente ya que un 55.6% posee solamente solares que permiten únicamente un culti

vo de subsistencia, basado generalmente en maín.

12. dan-rano no posee iniciativas de producción agropecuaria ni industrial que sean fuente de ingreso importante para la comuni_____dad, al mismo tiempo, no existen asociaciones campesinas ni obrera.s, ni cuentan con un asesoramiento técnico que nromueva y organice esas"* iniciativas.

13. La preparación en el área técnica entre la poblaciones muy es casa, principalmente entre las mujeres.

Asociado a esto, existe una carencia de fuentes de trabajo dentro de la localidad.

1^ . 21 ingreso diario do la población laborante, en su mayoría (Mf.8%) oscila entre

I03 L. 5«0d y los L. 10.00.

Más de un 2^ . 6^ devenga un sueldo inferior al s_alario mínimo.

g]_incrso familiar diario promedio es de L. 8.2^f; y el in- -reso diario per-cápita es de L. 1.77»

-t=í 2-a dieta de la población de Zambrano, está basada princi- eaTr.ente en tortilla, frijol, arroz, grasas y azúcares.

Aunrué no reúne los requerimientos de una dieta balanceada rueda ser .-.suficiente con una educación en la preparación adecuada de los alimentos.

10. 21 estado conyugal de la población presenta un 50.6[^] para los solteros, un 30.6;¿ para las que viven en unión libre y un 1A,,9d> para los Casados.
17. 21 analfabetismo alcanza un 32.1fs de la población mayor de 5 años y un 23.0[^] de la mayor de 10 años.
18. Zambrano cuenta con muchas facilidades para la preparación escolar, sin embargo, hay una carencia notoria de preparación en áreas técnicas, que contribuiría invariablemente a mejorar las condiciones de la comunidad.
19. Los servicios de salud con que cuenta principalmente la comunidad son la Clínica Médica Aragua (que cubre el mayor volumen de atenciones) y el Centro de Salud Rural (que desarrolla princi- pálmente los programas de Vacunación y de Control do Crecimien-

to y desarrollo), los cuales se complementan y coordinan sus acciones en una forma muy adecuada para la atención en salud.

-d. Las principales causas de morbilidad son en su orden:

- 1.** - IRAS
- 2.** - Parasitismo Intestinal
- 3.** - Síndrome Diarréico
- b.-** DFG
- 5.- Afecciones de la piel

21. Un 66.6# de las mujeres gestantes llevan control de su embarazo.

22. La atención de los partos en un *H,8# es a nivel domiciliario, seguidos de un 39.0% de atención hospitalaria.

23- De los métodos de planificación familiar, el mas utilizado es la esterilización (11.6#), seguidos de los anticonceptivos orales (10.2#) .

2b. Un 60.6# de la población infantil está en control de crecimiento y desarrollo.

25- Si índice de cobertura de vacunaciones, es alto en la población infantil.

IX.- _____g_2_C_0_K_'j Wj=g_A_C=I=Q=U_g_S_

- Al Ministerio de Salud:

- 1° U2 nombro un Promotor do Salud que resida en el área para una mejor supervisión y ejecución de los programas de saneamiento ar.bi en tal.**
- 2° ue aporte un mejor suministro de medicamentos básicos para el Centro de Salud Sural.**

- Al Centro de Salud Sural:

- 3° Fomentar programas de educación comunitaria, con énfasis en la purificación del agua, la utilización de las letrinas y la eliminación de basuras.**
- b° Coordinar actividades con la Clínica Aragua para mejor aprove— chasniento de los recursos, en programas de -beneficio a la com- nidad.**

- A la Clínica y Escuela Aragua:

- 5° Organizar las bases de Promoción Rural para la comunidad, orientadas a la educación de la población, con énfasis en la atención prioritaria de la mujer y los niños.**
- 6° Que sigan coordinando esfuerzos con el Centro de Salud en beneficio de la comunidad.**
- 7° Que se continúen promoviendo las clases de capacitación para la mujer con mayor iraplernentación de áreas y promoción dentro de la población»**

- A la Asociación Hondurena para la Promoción Educativa:

- 8° Que no ceje en su empeño por educar a la comunidad de Zambrano a través**

de creación de nuevas escuelas técnicas tanto para hombres como para mujeres, basadas en las necesidades de la población.

9° fue a través de la educación del personal humano, promueva organizaciones asociativas, Ya sea obreras, campesinas o de amas de casa, que mejoren la condición social y laboral de la población.

10° fue ya que la Clínica Aragua, actualmente funciona en un local temporal, sea en un futuro instalada en un área más cercana a _____ la carretera principal.

11° j;ue solicite a los futuros médicos laborantes en la Clínica Aragua, más estudios de distintos aspectos de salud del área, que puedan ayudarles a implementar programas. Damos a continuación algunos temas factibles de llevar a cabo:

- Análisis de Nutrición en la población escolar.
- **Estudios propiamente de análisis de aguas.**
- **Programas dietéticos balanceados con alimentos de la localidad.**
- **Frecuencia de enfermedades prevenibles, Ej. Cáncer de Cervix, i. B. C., Tabaquismo, Alcoholismo, etc.**
- **Análisis oftalmológicos ***
- **Análisis parasitológicos.**

y muchos otros que vengan de las iniciativas o inclinaciones personales de cada uno.

- **A las Instituciones tanto Públicas como Privadas:**

12° Que promuevan iniciativas de inversión para la creación de fuentes de

trabajo en la localidad.

13° Que con la participación directa de la comunidad se construyan obras comunales (plazas de deporte o parques infantiles) con el fin de mejorar tanto la infraestructura como los medios de recreación para la población.

- A la comunidad en general.

Recordar que el futuro de Zambrano depende del empeño que todos y cada uno ponga por mejorar.

15° Que superando posiciones egoístas y de división, organicen cooperativas y asociaciones que trabajen unidas con el único fin de mejorar.

B T B I . I O G 3 A F I A

1. - Adoghola, Clakunle. "The impact of urbanization and industria-

**li--a.tJ.on or. health conditiocs: The cose of Nigeria", World Health
ota tictice, World Health Or anization Vol. kQ, N° 1,
p5g. 7^~83, 1987.**

2. - Berillos, Federico y Colaboradores. Higiene Básica en el Medio

**Paral, 1. Sd. 3anta Ana, SI Salvador, Universidad Católica de Occidente,
Instituto ce Desarrollo Rural. Canacien Hurger. Foundation. Julio 1987»**

3. - Boletín ce Estadísticas e Irfcrr.nción de Salud (Estadísticas Am

**bulatorias), Año IS85. Secretaría de Estado en los Despachos de Salud
Pública. Depto. de Estadística. Honduras. Abril, 1986.**

A.- Boletín de Estadísticas e Información do Salud. (Estadísticas Ambulatorias) Año

198?. Secretaría de Estado en los Despachos de Salud Pública. Depto. de

Estadística, Honduras, Febrero 19-88,

- 9.- Bowers, John E. y Purrell Elizabeth F. Escuelas de Salud Pública Presente y Futuro. 1º Edición. Editorial SI Ateneo. Argentina, 1976,**
- 6.- Bryant, John. Mejoramiento Mundial de la Salud Pública. 1º Edición, México, Centro Regional de Ayuda Técnica A. I. D., Editorial Pax. México, 1979.**
- 7.- Canales F., Alvarado E. Pineda, E. Metodología de la Investigación, 1º Ed. México D. F., Editorial Limusa. 1986,**

3.- Censo Racional de Población v Vivienda. 1988. Resultados Preliminares, Secretarla da Planificación y Presupuesto (oSOPLAN) Honduras 1933.

9Si Control de las Enfermedades Transmisibles. XIII Edición.

rganizr.ción Panamericana de la Salud, Editor: Abram S, Benen- son, 1983»

10. Encuesta Nndonal de Nutrición. Cuadros de Frecuencias por Regiones-de Salud y Nacionales. Tegucigalpa, Ministerio de Salud Pública, **Honduras**, Julio **193?**.

11. French. Ruth **M**, Dynamics ofHealth Care 3º edición Me Gr_aw Hill Book Company. New York, 1979»

12. Garcia Manzanedo, Héctor. Manual de Investigación Anlicqda en Servicios Sociales y de Salud. México, Ediciones Científicas La Prensa Médica, Mexicana G.A,1¹, 83«

13. Hacia un Futuro Me.jor, Salud de la Madre y el Niño. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, **1981**.

1*,. Juan Pablo II. Pontífice. Carta Encíclica Sollicitudo Rei Socia- lis, Vaticano, Febrero 1938.

15. Kásun, Jacqueline. "**La Grerra Contra la Población.**" Nuestro Tiem po. Editorial Dossier N° Especial, Julio-Agosto, 1986.

1o. López, ALan D. "**The Imp_act Of Demographic. Trends on Health. In- trodution**". 1/ord Health Statistics. World IIe_alth Oryanization Vol. *K), N° 1, Págn. 2-4, 1987

17. Material Preparado para solicitud de cooperación. Asociación

1

Hondureña para La Promoción Educativa (AHPE). Association for Jultural Technical and Sducation Cooperation (ACTSC).

1u. Meneghello, Julio. Pediatría, Volumen I, Argentina, Segunda Edición, Editorial Inter-Médica. 1978.

19. Mier y Teran, Marta. "Some Aspcts Of the Interrelationship Setwen Fertility Patterns and Health: The Case of México".

V.'ord Health Stadistics . World Health Organization, Vol. 40,

N° 1, pags. 4-1-53, 1987^

20. Mortalidad Infantil. Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDNH-II-1983), CELADE, San José, 1988.

21. Neupert, Ricardo. Manual de Investigación Social. Tegucigalpa 2° Ed. Honduras. Editorial Universitaria. Febrero 1983.

22. Pineda, Elia B., Tejada Hostilio. Elaboración de Tesis. Una Gula. Tegucigalpa, Honduras. Unidad de Tecnología Educativa (UTES), Facultad de Ciencias Medicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 1986.

23. Plan Operativo Anual 1938. Secretaría de Salud Pública, Dirección de Planificación Sectorial, Ministerio de Salud Pública, Honduras, 1988.

24. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Manual de Normas. 1° Ed.

Tegucigalpa, Honduras, Ministerio de Salud Pública, 1981•

25. Pro—na de Control do Enfermedades Diarréicns. Manual de

Momas* 1° Edición. Tegucigalpa, Honduras, Ministerio de Salud Pública, 1983.

28* Pro-r-a de Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

1° Edición. Tegucigalpa, Honduras, Ministerio de Salud

Pública. 1983.

***-2*. Ma-cio.uil de Control de ^nforiedades de Trasmisión Se- xual. Manual de Normas. 1° Edición, Tegucigalpa, Honduras. Ministerio de Salud Pública. 1983.**

28. Salud en Cifras. Tegucigalpa, Dirección de Planificación, Departamento de Estadísticas de Salud Pública. Ministerio de Salud Fública, Honduras, 1983, 1986.

**29. "Salud para Todos en el año 2000". Estrategia Mundial 1979 3^
Asamblea Mundial de la Salud. OMS.**

30. San Martin, Hernán. Crisis Mundial de la Salud . 2° Edición. Madrid. Editorial Ciencia-3, 1985.

31. Tabulaciones Básicas. Encuesta Demográfica Nacional de Honduras. (HDDH-II-1983) CELADE, San JosÓ, 1985.

32. Valladares, Edmundo. El Modelo de Desarrollo de Honduras. Tegucigalpa, Honduras, Banco Central de Honduras. Dic. 1983.

33. VJerner, David y Bower Bill. Aprendiendo a Promover la Salud. 1° Edición, Palo Alto, California. Editado por Fundación Hesperian y Centro de Estudios Educativos. 193^.

XI . - AN nos

1. - Mapa por Pegicn-'S Sanitarias.

2. - Boleta del Censo Nacional, 1938.

3. - encuesta Diseñada.

Mapa de Zambrano.

5. - Plan Mínimo de Análisis.

6. - Mapa del area con Zonas de Influencia.

ANEXO # 1

REPUBLICA DE HONDURAS
REGIONES DE SALUD Y SUS AREAS
1986





DISTRIBUCION DE AREAS

Región Metropolitana	=	1 Área
Región de Salud No. 1	=	5 Áreas
Región de Salud No. 2	=	5 Áreas
Región de Salud No. 3	=	4 Áreas
Región de Salud No. 4	=	4 Áreas
Región de Salud No. 5	=	4 Áreas
Región de Salud No. 6	=	5 Áreas
Región de Salud No. 7	=	4 Áreas
TOTAL		<u>34 Áreas</u>



REPUBLICA DE HONDURAS
CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA
1988

SECRETARIA DE PLANIFICACION, COORDINACION Y PRESUPUESTO
DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

Se trata de una bitácula adicional
Marque X aquí

Las bitáculas adicionales se usan en las viviendas
construidas antes del 21 de Diciembre de 1984. Agosto 1988

1. Departamento	6. Barrio o Colonia	5. Zona	10. Manzana No.
2. Municipio	7. No. Area de Grupo	8. No. de Segmento	11. Dirección de la Casa: Calle, Número o Referencia
3. Aldea	9. No. de Orden de la Vivienda dentro del Segmento		
4. Caserío o Caserío			

CATÁLOGO DE DATOS DE LA VIVIENDA

1. TIPO DE LA VIVIENDA		6. CUARTOS EN LA VIVIENDA		12. ¿QUE CLASE DE SERVICIO SANITARIO TIENE ESTA VIVIENDA?	
a) Particular		a) ¿Cuántos cuartos o piezas en total tiene esta vivienda? (No incluye baños)		Inodoro conectado a la Red de alcantarillado <input type="radio"/> 1	
Casa Independiente <input type="radio"/> 1		b) ¿Cuántos cuartos utiliza como dormitorios?		Inodoro conectado a pozo séptico <input type="radio"/> 2	
Cuarto en Mesón o Cuartería <input type="radio"/> 2		c) ¿Existe un espacio sólo para cocinar?		Leñina de tierra hidráulica <input type="radio"/> 3	
Apartamento <input type="radio"/> 3		SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2		Leñina de pozo simple <input type="radio"/> 4	
Casa Improvisada <input type="radio"/> 4		7. ¿CUAL ES LA FORMA DE TENENCIA DE LA VIVIENDA?		No tiene... Posee <input type="radio"/> 5	
Local no construido para Vivienda <input type="radio"/> 5		Propia <input type="radio"/> 1		13. EL SERVICIO SANITARIO ES PARA:	
b) Colectiva		Propia pagándose a plazos <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo de la familia <input type="radio"/> 1	
Hotel, Pensión, Casa de Huéspedes <input type="radio"/> 6		Alquilada <input type="radio"/> 3		Uso común para varias familias <input type="radio"/> 2	
Hospital, Casa de Salud, Asilos <input type="radio"/> 7		Prestada <input type="radio"/> 4		14. ¿QUE TIPO DE ALUMBRADO USAN EN LA VIVIENDA?	
Internada de Escuela o Colegios, Orfanato <input type="radio"/> 8		Otra <input type="radio"/> 5		Electricidad de Servicio Público <input type="radio"/> 1	
Otro Tipo <input type="radio"/> 9		8. SI ES PROPIA PAGÁNDOSE A PLAZOS O ALQUILADA, ¿CUANTO PAGA MENSUALMENTE?		Electricidad de Servicio Privado <input type="radio"/> 2	
2. MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA		Lps. _____ 00		Gas <input type="radio"/> 3	
Ladrillo de Arcilla (Rafáp) <input type="radio"/> 1		9. ¿EN QUE AÑO SE TERMINO DE CONSTRUIR ESTA VIVIENDA?		Oleate <input type="radio"/> 4	
Piedra rajada o contera <input type="radio"/> 2		Antes de 1974 <input type="radio"/> 1		Yelo <input type="radio"/> 5	
Bloque de Cemento <input type="radio"/> 3		Entre 1974-80 <input type="radio"/> 2		Otra <input type="radio"/> 6	
Adobe <input type="radio"/> 4		Entre 1981-86 <input type="radio"/> 3		15. ¿CUAL ES EL PRINCIPAL COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR?	
Madera <input type="radio"/> 5		Entre 1987-88 <input type="radio"/> 4		Leña <input type="radio"/> 1	
Bahareque <input type="radio"/> 6		10. ¿DE DONDE PROVIENE EL AGUA QUE UTILIZA?		Gas Líquido (Kerosena) <input type="radio"/> 2	
Palo o Caña <input type="radio"/> 7		Por tubería de Sistema Público <input type="radio"/> 1		Gas Volátil (Propano) <input type="radio"/> 3	
De Desecho <input type="radio"/> 8		Por tubería de Sistema Privado <input type="radio"/> 2		Electricidad <input type="radio"/> 4	
Otro <input type="radio"/> 9		Por otro medio:		Otra <input type="radio"/> 5	
3. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO DE LA VIVIENDA		De Pozo Manante <input type="radio"/> 3		No Cocina <input type="radio"/> 6	
Teja de Barro <input type="radio"/> 1		De Pozo con bomba manual <input type="radio"/> 4		16. ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES ARTEFACTOS Y/O VEHICULOS HAY EN LA VIVIENDA?	
Lámina de Asbesto-Cemento <input type="radio"/> 2		De Pozo con bomba eléctrica <input type="radio"/> 5		SI NO	
Lámina de Zinc <input type="radio"/> 3		De un río <input type="radio"/> 6		Radio <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Concreto <input type="radio"/> 4		Vorienta <input type="radio"/> 7		Máquina de Coser <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Paja, Palma y Similares <input type="radio"/> 5		Vendedores ambulantes <input type="radio"/> 8		Refrigeradora <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Material de Desecho <input type="radio"/> 6		Otra <input type="radio"/> 9		Televisor <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Otro <input type="radio"/> 7		11. ¿TIENE INSTALACION DE TUBERIA PARA SERVICIO DE AGUAS?		Estufa <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
4. CONDICION DE OCUPACION		Dentro de la Vivienda <input type="radio"/> 1		Bicicleta <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
a) Vivienda Ocupada		Fuera de la Vivienda pero dentro de la Propiedad <input type="radio"/> 2		Automóvil <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Con Personas Presentes [Presencia] <input type="radio"/> 1		Fuera de la Propiedad a menos de 100 Mts. <input type="radio"/> 3		Motocicleta <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
Con Personas Ausentes [Ausencia] <input type="radio"/> 2		Fuera de la Propiedad a más de 100 Mts. <input type="radio"/> 4		RESUMEN DE LA POBLACION RESIDENTE	
b) Vivienda Desocupada		No tiene <input type="radio"/> 5		(Este resumen incluye los residentes presentes más los residentes ausentes)	
En Alquiler o Venta <input type="radio"/> 3				TOTAL HOMBRES MUJERES	
Uso Temporal <input type="radio"/> 4					
En Reparación <input type="radio"/> 5					
Otra <input type="radio"/> 6					
5. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO DE LA VIVIENDA					
Ladrillo de Barro <input type="radio"/> 1					
Ladrillo de Cemento <input type="radio"/> 2					
Masilla de Cemento <input type="radio"/> 3					
Madera <input type="radio"/> 4					
Tierra <input type="radio"/> 5					
Ladrillo de Terrazo o Granito <input type="radio"/> 6					
Otro <input type="radio"/> 7					



REPUBLICA DE HONDURAS
CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA
1988

SECRETARIA DE PLANIFICACION, COORDINACION Y PRESUPUESTO
DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

Se esta us una billeta adicional
Monique Xique

Los datos estadísticos de este censo se publicarán en el Boletín de Estadística y Censos No. 299, Agosto 1989.

1. Departamento	5. Zona	10. Manzana No.
2. Municipio	6. Barrio o Colonia	11. Dirección de la Casa: Calle, Número o Referencia
3. Aldea	7. No. Area de Grupo	
Ciudad o Caserio	8. No. de Segmento	
4. Caserio	9. No. de Orden de la Vivienda dentro del Segmento	

CANTON DE DATOS DE LA VIVIENDA

<p>1. TIPO DE LA VIVIENDA</p> <p>a) Particular</p> <p>Casa Independiente <input type="radio"/> 1</p> <p>Cuarto en Mesón o Cuartería <input type="radio"/> 2</p> <p>Apartamento <input type="radio"/> 3</p> <p>Casa Improvisada <input type="radio"/> 4</p> <p>Local no construido para Vivienda <input type="radio"/> 5</p> <p>b) Colectiva</p> <p>Hotel, Pensión, Casa de Huéspedes <input type="radio"/> 6</p> <p>Hospital, Casa de Salud, Asilos <input type="radio"/> 7</p> <p>Internado de Escuela o Colegios, Orfanato <input type="radio"/> 8</p> <p>Otro Tipo <input type="radio"/> 9</p> <p>2. MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA</p> <p>Ladrillo de Arcilla (Rafop) <input type="radio"/> 1</p> <p>Piedra rajada o cantera <input type="radio"/> 2</p> <p>Bloque de Cemento <input type="radio"/> 3</p> <p>Adobe <input type="radio"/> 4</p> <p>Madera <input type="radio"/> 5</p> <p>Bahareque <input type="radio"/> 6</p> <p>Palo o Caña <input type="radio"/> 7</p> <p>De Desecho <input type="radio"/> 8</p> <p>Otro <input type="radio"/> 9</p> <p>3. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO DE LA VIVIENDA</p> <p>Teja de Barro <input type="radio"/> 1</p> <p>Lámina de Asbesto-Camanta <input type="radio"/> 2</p> <p>Lámina de Zinc <input type="radio"/> 3</p> <p>Concreto <input type="radio"/> 4</p> <p>Paja, Palma y Similares <input type="radio"/> 5</p> <p>Material de Desecho <input type="radio"/> 6</p> <p>Otro <input type="radio"/> 7</p> <p>4. CONDICION DE OCUPACION</p> <p>a) Vivienda Ocupada</p> <p>Con Personas Presentes [Presen] <input type="radio"/> 1</p> <p>Con Personas Ausentes [Ausente] <input type="radio"/> 2</p> <p>b) Vivienda Desocupada</p> <p>En Alquiler a Venta <input type="radio"/> 3</p> <p>Uso Temporal [Temp] <input type="radio"/> 4</p> <p>En Reparación [Repar] <input type="radio"/> 5</p> <p>Otro <input type="radio"/> 6</p> <p>5. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO DE LA VIVIENDA</p> <p>Ladrillo de Barro <input type="radio"/> 1</p> <p>Ladrillo de Cemento <input type="radio"/> 2</p> <p>Mancha de Cemento <input type="radio"/> 3</p> <p>Madera <input type="radio"/> 4</p> <p>Tierra <input type="radio"/> 5</p> <p>Ladrillo de Terrazo o Granita <input type="radio"/> 6</p> <p>Otro <input type="radio"/> 7</p>	<p>6. CUARTOS EN LA VIVIENDA</p> <p>a) ¿Cuántos cuartos o piezas en total tiene esta vivienda? (No incluye baño)</p> <p>b) ¿Cuántos cuartos utiliza como dormitorio?</p> <p>c) ¿Existe un cuarto sólo para cocinar?</p> <p>SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2</p> <p>7. ¿CUAL ES LA FORMA DE TENENCIA DE LA VIVIENDA?</p> <p>Propia [Propia] <input type="radio"/> 1</p> <p>Propia pagándose a plazos <input type="radio"/> 2</p> <p>Alquilada <input type="radio"/> 3</p> <p>Prestada [Prestada] <input type="radio"/> 4</p> <p>Otra <input type="radio"/> 5</p> <p>8. SI ES PROPIA PAGÁNDOSE A PLAZOS O ALQUILADA, ¿CUANTO PAGA MENSUALMENTE?</p> <p>Lps. _____ 00</p> <p>9. ¿EN QUE AÑO SE TERMINO DE CONSTRUIR ESTA VIVIENDA?</p> <p>Antes de 1974 <input type="radio"/> 1 Entre 1974-80 <input type="radio"/> 2 Entre 1981-85 <input type="radio"/> 3 Entre 1986-90 <input type="radio"/> 4</p> <p>10. ¿DE DONDE PROVIENE EL AGUA QUE UTILIZA?</p> <p>Por tubería del Sistema Público <input type="radio"/> 1</p> <p>Por tubería del Sistema Privado <input type="radio"/> 2</p> <p>Por otro medio:</p> <p>De Pozo Manuscrito <input type="radio"/> 3</p> <p>De Pozo con bomba manual <input type="radio"/> 4</p> <p>De Pozo con bomba eléctrica <input type="radio"/> 5</p> <p>De un río <input type="radio"/> 6</p> <p>Vertiente <input type="radio"/> 7</p> <p>Vendedores ambulantes <input type="radio"/> 8</p> <p>Otro <input type="radio"/> 9</p> <p>11. ¿TIENE INSTALACION DE TUBERIA PARA SERVICIO DE AGUA?</p> <p>Dentro de la Vivienda <input type="radio"/> 1</p> <p>Fuera de la Vivienda pero dentro de la Propiedad <input type="radio"/> 2</p> <p>Fuera de la Propiedad a menos de 100 Mts. <input type="radio"/> 3</p> <p>Fuera de la Propiedad a más de 100 Mts. <input type="radio"/> 4</p> <p>No tiene <input type="radio"/> 5</p>	<p>12. ¿QUE CLASE DE SERVICIO SANITARIO TIENE ESTA VIVIENDA?</p> <p>Inodoro conectado a la Red de alcantarillado <input type="radio"/> 1</p> <p>Inodoro conectado a poza séptica <input type="radio"/> 2</p> <p>Lehina de tierra hidráulica <input type="radio"/> 3</p> <p>Lehina de poza simple <input type="radio"/> 4</p> <p>No tiene... [Porcentaje] <input type="radio"/> 5</p> <p>13. EL SERVICIO SANITARIO ES PARA:</p> <p>Uso exclusiva de la familia <input type="radio"/> 1</p> <p>Uso común para varias familias <input type="radio"/> 2</p> <p>14. ¿QUE TIPO DE ALUMBRADO USAN EN LA VIVIENDA?</p> <p>Electricidad de Servicio Público <input type="radio"/> 1</p> <p>Electricidad de Servicio Privado <input type="radio"/> 2</p> <p>Gas <input type="radio"/> 3</p> <p>Óleo <input type="radio"/> 4</p> <p>Vela <input type="radio"/> 5</p> <p>Otro <input type="radio"/> 6</p> <p>15. ¿CUAL ES EL PRINCIPAL COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR?</p> <p>Leña <input type="radio"/> 1</p> <p>Gas Licuado (Kerosene) <input type="radio"/> 2</p> <p>Gas Volátil (Propano) <input type="radio"/> 3</p> <p>Electricidad <input type="radio"/> 4</p> <p>Otro <input type="radio"/> 5</p> <p>No Cocina <input type="radio"/> 6</p> <p>16. ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES ARTEFACTOS Y/O VEHICULOS HAY EN LA VIVIENDA?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Radio</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Máquina de Coser</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Refrigeradora</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Televisor</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Estufa</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Automóvil</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta</td> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Radio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Máquina de Coser	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Refrigeradora	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Televisor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Estufa	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Bicicleta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Automóvil	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Motocicleta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
	SI	NO																											
Radio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Máquina de Coser	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Refrigeradora	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Televisor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Estufa	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Bicicleta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Automóvil	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											
Motocicleta	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																											

RESUMEN DE LA POBLACION RESIDENTE

(Este resumen incluye los residentes presentes más los residentes ausentes)

TOTAL	HOMBRES	MUJERES
-------	---------	---------

CAPITULO III: COMPOSICION DE LAS FAMILIAS QUE HABITA(N) EN LA VIVIENDA

1.- ¿QUIENES RESIDEN HABITUALMENTE EN ESTA VIVIENDA?
 Anote el nombre y apellidos de cada una de las personas. No olvide anotar los niños, los recién nacidos y los ancianos.

COLUMNA 1	COLUMNA 2	COLUMNA 3	COLUMNA 4	
PERSONA	SIGA RIGOROSAMENTE EL SIGUIENTE ORDEN PARA ANOTAR LOS RESIDENTES HABITUALES	ANOTE EL PARENTESCO O VINCULO CON EL JEFE DE LA FAMILIA	SEXO	
			H	M
NUMERO	- Jefe de la Familia (anótelo en la primera línea) - Esposa(o) Compañera(o) del Jefe - Hijos Solteros (anótelos en orden de edad) - Hijos Casados - Esposa(o) Compañera(o) de los hijos - Nietos - Padres y Suegros - Otros Familiares (hermano, cuñado, tío, etc.) - Servicio Doméstico - Otros No Familiares	Anote los hijos casados en orden, junto con su esposa o hijos.		
1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECORDATORIO: Anotó los niños recién nacidos, los ancianos y los miembros de la familia que residen habitualmente en esta vivienda y estén ausentes por vacaciones, trabajo, negocio o enfermedad.

CAPITULO IV: MORTALIDAD

1. ¿HA FALLECIDO ALGUNA PERSONA QUE VIVIA EN ESTA VIVIENDA DE ENERO DE 1987 A LA FECHA DEL CENSO?
 (No olvide preguntar por los niños y por las personas de mayor edad)
 SI 1 NO 2 NO SABE 3

No.	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE LA MUERTE		SEXO		EDAD AL MORIR
		DIA	MES	H	M	
				<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
				<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
				<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
				<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	

* Para menores de un año anota 00.

OBSERVACIONES GENERALES

NO. PERSONA

NOMBRE Y APELLIDOS

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. ¿CUAL ES LA RELACION O PARENTESCO CON EL JEFE DE FAMILIA?

Espos(a) o Compañero(a) 1
 Hijo(a) 2
 Yerno o Nuera 3
 Nieta(a) 4
 Padres o Suegros 5
 Otros Parente 6
 Empleado Doméstico 7
 Otro no Parente 8
 Persona en Vivienda Colectiva 9

2. ¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?

(Si es menor de 1 año anote 00
 Para mayores de 99 años anote 99)

3. ¿EN QUE FECHA NACIO?

AÑO _____ MES _____ DIA _____

4. ¿SEXO?

Hombre 1 Mujer 2

5. ¿ESTA VIVA LA MADRE?

SI 1 NO 2 No sabe 3

6. ¿EN QUE MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO NACIO?

AQUI 1 (Municipio y Departamento de la entrevista)

En otro lugar del país

a Municipio _____

b Departamento _____

Si nació en el extranjero anote el nombre del país _____

En el extranjero

c País _____

d Año de llegada 19 _____

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

7. ¿EN QUE MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO VIVIA EN 1983? (HACE 5 AÑOS)

AQUI 1 (Municipio y Departamento de la entrevista)

En otro lugar del país

a Municipio _____

b Departamento _____

(Si reside en el extranjero anote solamente el nombre del país)

En el extranjero

c País _____

8. HABLA USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES LENGUAS.

Garífuna 1 Lenca 5
 Xucque 2 Sumo 6
 Paya 3 Ninguna 7
 Misquita 4

B. CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

9. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

(Si sólo lee marque el círculo NO)

SI 1 NO 2

10. ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA O A UN CENTRO DE ALFABETIZACION?

SI 1 NO 2

11. ¿CUAL ES EL NIVEL MAS ALTO DE ESTUDIOS QUE CURSA O CURSO?

Ninguno 1
 Centro de Alfabetización 2
 Pre-Primaria 3
 Primaria 4
 Secundaria 5
 Superior no Universitaria 6
 Superior Universitaria 7

12. ¿CUAL ES EL ULTIMO AÑO APROBADO?

13. ¿FINALIZO ESE NIVEL?

SI 1 NO 2

14. ¿A QUE CLASE DE ESTUDIOS O CARRERA CORRESPONDE ESTE ULTIMO AÑO APROBADO?

C. CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS

15. ¿APRENDIO O ESTA APRENDIENDO ALGUN OFICIO?

SI 1 NO 2

16. ¿QUE CLASE DE OFICIO APRENDIO O ESTA APRENDIENDO?

(Anote el más importante)

17. ¿DÓNDE LO APRENDIO O ESTA APRENDIENDO?

INFOP 1 OTRO 2

18. ¿CUAL ES SU ESTADO CONYUGAL ACTUAL?

Unión Libre 1 Divorciado(a) 4
 Casado(a) 2 Viudo(a) 5
 Separado(a) 3 Soltero(a) 6

C. CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS

19. DURANTE LA SEMANA PASADA UD.

Trabajó en una ocupación que le dio dinero 1
 Trabajó para otra persona sin pago en dinero 2
 Tenía trabajo pero no trabajó (por enfermedad, vacaciones, permiso, etc) 3
 Buscó trabajo (Había trabajado antes) 4
 Busco trabajo por primera vez (Nunca antes tuvo trabajo) 5
 Realizó quehaceres del hogar 6
 Estudió exclusivamente 7
 Es jubilado o pensionado (que solo viva de su pensión) 8
 Está incapacitado permanentemente para trabajar 9
 Otra 0

C. CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS

20. ¿FINALIZO EN LA SEMANA PASADA, DENTRO O FUERA DE LA CASA, ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE REPORTO INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE?

SI 1
 NO 2

21. ¿CUAL ES LA OCUPACION EMPLEO U OFICIO QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑABA?

22. ¿CUAL ES SU ULTIMO INGRESO RECIBIDO POR LA OCUPACION DECLARADA EN LA PREGUNTA ANTERIOR?

DIA 1 QUINCENA 3
 OO SEMANA 2 MES 4

23. ¿EN ESE TRABAJO USTED ES O ERA?

Empleado u Obrero del Sector Público 1
 Empleado u Obrero del Sector Privado 2
 Patrón 3
 Trabaja(r) familiar sin sueldo 4
 Trabajador Independiente 5
 Empleado Doméstico 6
 Trabajador en Cooperativa de Producción 7

24. A QUE SE DEDICA O QUE PRODUCE, EL ESTABLECIMIENTO O INSTITUCION DONDE TRABAJA O TRABAJO POR ULTIMA VEZ?

25. ¿CUANTAS HORAS TRABAJO EN TOTAL EN LA SEMANA PASADA?

NUMERO DE HORAS _____

PARA MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS

D. CARACTERÍSTICAS DE FECUNDIDAD

26. ¿HA TENIDO ALGUN HIJO NACIDO VIVO?

(Sea que este vivo o que haya muerto)

SI 1 NO 2
 NO SABE 3

27. ¿EN QUE FECHA NACIO SU ULTIMO HIJO?

(Sea que este vivo o que haya muerto)

DIA _____ MES _____ AÑO 19 _____

28. ¿ESTA VIVO SU ULTIMO HIJO?

SI 1 NO 2 NO SABE 3

29. ¿CUANTOS HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO?

TOTAL _____ VARONES _____ MUJERES _____

30. DE ESOS HIJOS NACIDOS VIVOS:

a) ¿Cuántos han fallecido?

TOTAL _____ VARONES _____ MUJERES _____

b) ¿Cuántos estan actualmente vivos?

TOTAL _____ VARONES _____ MUJERES _____

CAPITULO VI IDENTIFICACION DE LOS PRODUCTORES Y AGROPESCUARIOS

1. ¿VIVE ALGUIEN AQUI QUE TENGA TIERRA SEMBRADA O QUE HAYA COSECHADO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES?

SI () 1 → Llene el siguiente cuadro NO () 2 → Continúe con cuadro No. 2

NOMBRE DE LA PERSONA	CANTIDAD DE TIERRA SEMBRADA EN MANZANAS						REFORMA AGRARIA	
	MAIZ	FRIJOL	ARROZ	MAICILLO	CAFE	OTROS	SI	NO
							<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
							<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
							<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
							<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
							<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

2. ¿VIVE ALGUIEN AQUI QUE TENGA ALGUNOS ANIMALES?
(No considerar perros, gatos, loros y peces)

SI () 1 → Llene el siguiente cuadro NO () 2 → Continúe con el siguiente cuadro

NOMBRE DE LA PERSONA	Vacas Bunyes Toros	Caballos Burras Mulas	Ovejas Cabros	Aves de carral	Conejos	Colmena de Abeja	Cerdos	REFORMA AGRARIA	
								SI	NO
								<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
								<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
								<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
								<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
								<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

CAPITULO VII INDUSTRIA CASERA Y ARTESANIA

1. ¿VIVE ALGUIEN AQUI QUE REALIZA DENTRO DE LA VIVIENDA ALGUNA ACTIVIDAD DE ARTESANIA E INDUSTRIA CASERA O COMERCIO?

SI () 1 NO () 2

Si contesta Si llene el siguiente cuadro anotando el nombre de la persona y articulo que produce o vende.

NOMBRE DE LA PERSONA	ARTESANIA E INDUSTRIA CASERA		COMERCIO
	Tipo de Articulos	No de Empleados	Tipo de Articulos

NOMBRE DEL JEFE DE CRUPO

FIRMA

FECHA

NOMBRE DEL EMPADRONADOR

FIRMA

FECHA

ANEXO N° 3

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE ZAMBRANO Y SUS ZONAS DE
INFLUENCIA.

ENCUESTA FAMILIAR

N° DE VIVIENDA: _____

FAMILIA: _____ CODIGO N° _____

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA: _____

CLASIFICACION DE LA VIVIENDA, (Según 1° Encuesta) _____

1.- Cuándo alguien de su familia se enferma, a dónde asiste?

- a) Curandero
- b) Enfermera Particular
- c) CESAR - Zambrano
- d) Clínica Médica Aragua (CUMA)
- e) Hospital Escuela
- f) Hospital de Comayagua
- g) Otros.

2.- Por qué no asiste al CESAR?

- a) Deficiente calidad de atención
- b) Deficiencia de Medicamentos
- c) Discordialidad humana
- d) Porque no hay médico
- e) Otros, Explique _____

3.- Por qué no Asiste a la CLIMA

- a) Deficiente calidad de Atención
- b) Deficientes medicamentos
- c) Discordialidad Humana
- d) Por falta de recursos económicos
- e) Por el horario
- f) Otros, Explique _____

4.- En su casa, cómo purifican el agua?

- a) La hierven
- b) La filtran
- c) Le agregan cloro
- d) Ninguna
- e) Otros, explique _____

5.- Cómo elimina la Basura?

- a) La bota en el solar
- b) La bota fuera del solar
- c) La entierra
- d) La quema
- e) Otros (especifique) _____

6.- Si hay madre embarazada en la casa:

Ha controlado su embarazo?

- a) Si (Pase a la Pág. 7)
- b) No (Pase a la Pág. 8)

- Si hay niños menores de 3 años:

10. Están en control de Niño Sano?

a) Si (Pase a la Preg. 11)

b) No (Pase a la Preg. 12)

11. Dónde los ha controlado?

a) CESAR

b) CLIMA

c) En Hospital

d) En clínica privada en otro lugar

e) En I.H.S.S.

12. Si hay menores de 5 años en la familia, anote los esquemas de vacunación (con el carnet).

a) No tienen carnet

b)

VACUNA	DOSIS			REFUERZO		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Polio						
DPT						
Sarampión		*****	*****	*****	*****	*****
B C G		*****	*****			
Rubeola						
Otros						

13.- Si hay niños lactando anotar:

EDAD EN MESES	TIPO DE ALIMENTACION			
	Lactancia Materna	Materna y Artificial	Solo Artificial	Otros Alimentos
0 - 3	1	1	1	1
4 - 12	2	2	2	2
Más de 12	3	3	3	3

	14. Qué comió ayer	15. Qué comió anteayer?
Leche o derivados		
Huevo		
Carne		
Frijoles		
Frutas		
Arroz o Cereales		
Tortilla		
Vegetales		
Grasas		
Raíces		
Azúcares		

16. Tiene tierra para cultivo?

a) Tierra Propia

b) Tierra Prestada

c) Tierra Alquilada

d) No tienen

17. N° de Manzanas Cultivadas

18. Tipo de cultivo:

a) Maíz

b) Frijol

c) Café

d) Hortaliza

e) Otros

19. Ha recibido algún curso que le enseñe el oficio que practica?

a) Si b) No

-Si hay mujeres mayores de 15 años:

20. Trabaja en algún oficio que le dé dinero?

a) Vende Tortillas

b) Costura

c) Lava ajeno

d) Plancha ajeno

e) Teje para vender

f) Trabaja en casa ajena

g) Cuida niños de otra familia

h) Corta café

i) Hace pan

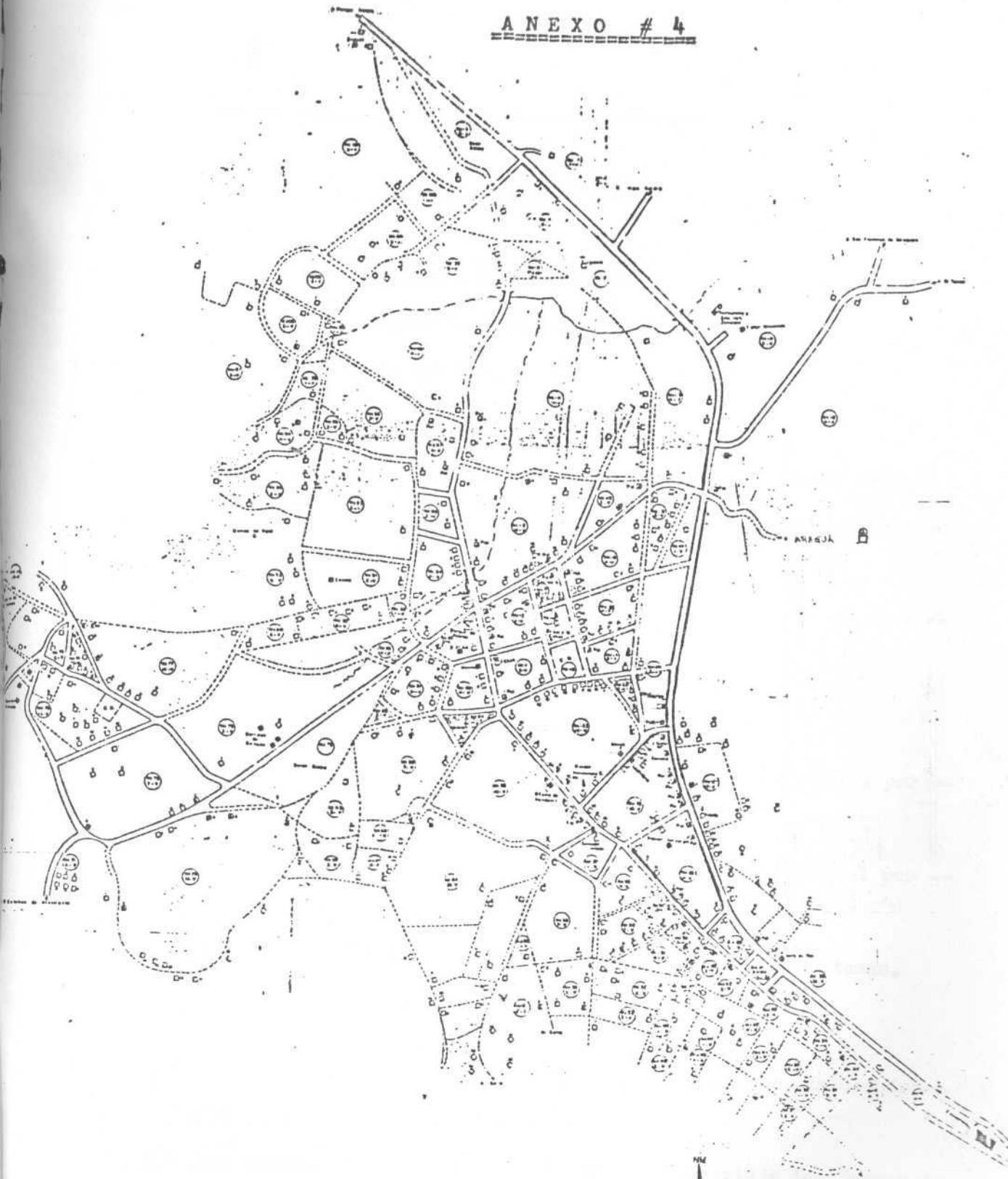
j) Hace Manualidades

- k) Hace comida para vender
- l) Vende en la carretera
- m) Oficios Domésticos
- n) Ninguna
- o) Otros (especifique) _____

21. Qué hace en su tiempo libre?

- a) Platica con las vecinas
- b) Veo televisión
- c) Salgo a caminar
- d) Juego con los niños
- e) Platico con mi familia
- f) Duermo
- g) Leo
- h) Oigo radio
- i) Otros

ANEXO # 4



REFERENCIAS	
1	Carretera de San Juan
2	Carretera de San Juan
3	Carretera de San Juan
4	Carretera de San Juan
5	Carretera de San Juan
6	Carretera de San Juan
7	Carretera de San Juan
8	Carretera de San Juan
9	Carretera de San Juan
10	Carretera de San Juan
11	Carretera de San Juan
12	Carretera de San Juan
13	Carretera de San Juan
14	Carretera de San Juan
15	Carretera de San Juan
16	Carretera de San Juan
17	Carretera de San Juan
18	Carretera de San Juan
19	Carretera de San Juan
20	Carretera de San Juan
21	Carretera de San Juan
22	Carretera de San Juan
23	Carretera de San Juan
24	Carretera de San Juan
25	Carretera de San Juan
26	Carretera de San Juan
27	Carretera de San Juan
28	Carretera de San Juan
29	Carretera de San Juan
30	Carretera de San Juan
31	Carretera de San Juan
32	Carretera de San Juan
33	Carretera de San Juan
34	Carretera de San Juan
35	Carretera de San Juan
36	Carretera de San Juan
37	Carretera de San Juan
38	Carretera de San Juan
39	Carretera de San Juan
40	Carretera de San Juan
41	Carretera de San Juan
42	Carretera de San Juan
43	Carretera de San Juan
44	Carretera de San Juan
45	Carretera de San Juan
46	Carretera de San Juan
47	Carretera de San Juan
48	Carretera de San Juan
49	Carretera de San Juan
50	Carretera de San Juan
51	Carretera de San Juan
52	Carretera de San Juan
53	Carretera de San Juan
54	Carretera de San Juan
55	Carretera de San Juan
56	Carretera de San Juan
57	Carretera de San Juan
58	Carretera de San Juan
59	Carretera de San Juan
60	Carretera de San Juan
61	Carretera de San Juan
62	Carretera de San Juan
63	Carretera de San Juan
64	Carretera de San Juan
65	Carretera de San Juan
66	Carretera de San Juan
67	Carretera de San Juan
68	Carretera de San Juan
69	Carretera de San Juan
70	Carretera de San Juan
71	Carretera de San Juan
72	Carretera de San Juan
73	Carretera de San Juan
74	Carretera de San Juan
75	Carretera de San Juan
76	Carretera de San Juan
77	Carretera de San Juan
78	Carretera de San Juan
79	Carretera de San Juan
80	Carretera de San Juan
81	Carretera de San Juan
82	Carretera de San Juan
83	Carretera de San Juan
84	Carretera de San Juan
85	Carretera de San Juan
86	Carretera de San Juan
87	Carretera de San Juan
88	Carretera de San Juan
89	Carretera de San Juan
90	Carretera de San Juan
91	Carretera de San Juan
92	Carretera de San Juan
93	Carretera de San Juan
94	Carretera de San Juan
95	Carretera de San Juan
96	Carretera de San Juan
97	Carretera de San Juan
98	Carretera de San Juan
99	Carretera de San Juan
100	Carretera de San Juan

==A=N=3. K=0^iJjlp-1:0_P=ANALISIS_
ANÁLISIS

En estese contempla la forma da tabulación y análisis de los datos obtenidos en el estudio,

- DEMOGRAFIA:

1. - Daremos el dato de población total con distribución por sexo,
2. - Haremos en base a porcentajes la distribución por grupos de sexo y edad expresándolo en cuadro y en pirámide poblacional.

3. _____ -

Calcularemos la proporción de población nativa del lugar, como _____ inmigrantes.

- ¿SALUD.

k. ~ Elaboraremos un cuadro y gráficas do la mortalidad general por _____ grupos de edad y sexo,

5. - Elaboraremos un cuadro y gráficas de la morbilidad general por - grupos de edad.y sexo.
6. - Calcularemos los valores de mortalidad y morbilidad en tasas.

" SANEAMIENTO AMBIENTAL.

7. _____ -
Expresaremos en un cuadro en términos de porcentaje, la disposi _____ ción de agua en las viviendas.

8. - **Expresaremos en un cuadro en términos de porcentaje las formas de eliminación de excretas.**

9. - expresáronos on un cuadro en términos de porcentajes, las formas de eliminación de basura.

- ;**X3T0-iCCNCHICO**

10. Clasificaremos los tipos de vivienda según sus características de construcción y lo expresaremos en porcentajes.
11. Clasificaremos la tenencia de vivienda en la población muestra- da.
12. Analizaremos la relación existente entre el número de piezas de la vivienda y los miembros de la misma, expresado en porcenta- jes.
13. Clasificaremos la tenencia de la tierra y su utilización.
- 14« enumeraremos los medios de producción más importantes con que - cuenta la comunidad.
15. Enumeraremos las formas de ocupación más frecuente de la comunidad.
16. Expresaremos el estado conyugal de la población en términos de porcentaje.
17. Determinaremos el ingreso familiar diario promedio.

- **EDUCACION:**

13. Calcularemos el porcentaje de analfabetismo de la comunidad de Zarabrano.

19. Recopilaremos datos de!

- **Matricula escolar (niños y adultos)**

- **Matricula do secundaria.**

20. Haremos un cuadro de escolaridad de la población nuestra clasifi- cándolo según sexo.^{'k}

21. Recopilaremos los datos de desersión escolar por grados para _____ 1988.

22. Analizaremos el aspecto de nivel de preparación con el oficio que desempeña la población de la muestra.

— **ÓISTEHAS DO SALUD.**

23. Elaboraremos un cuadro del volumen de consultas del CHSAR-ZAM- BRANO, en un período de un año, clasificándolos por sexo y edad.

2k. Elaboraremos un cuadro del volumen de consultas de la CLIMA en una período de un año, clasificándolas por sexo y edad.

25. Haremos un cuadro de las visitas por control prenatal tanto a "I CHSAR como a la CLIMA por un período de un año.

26. Haremos un cuadro de controles de niño sano en el CESAR y la E CLIMA por un período de un año.

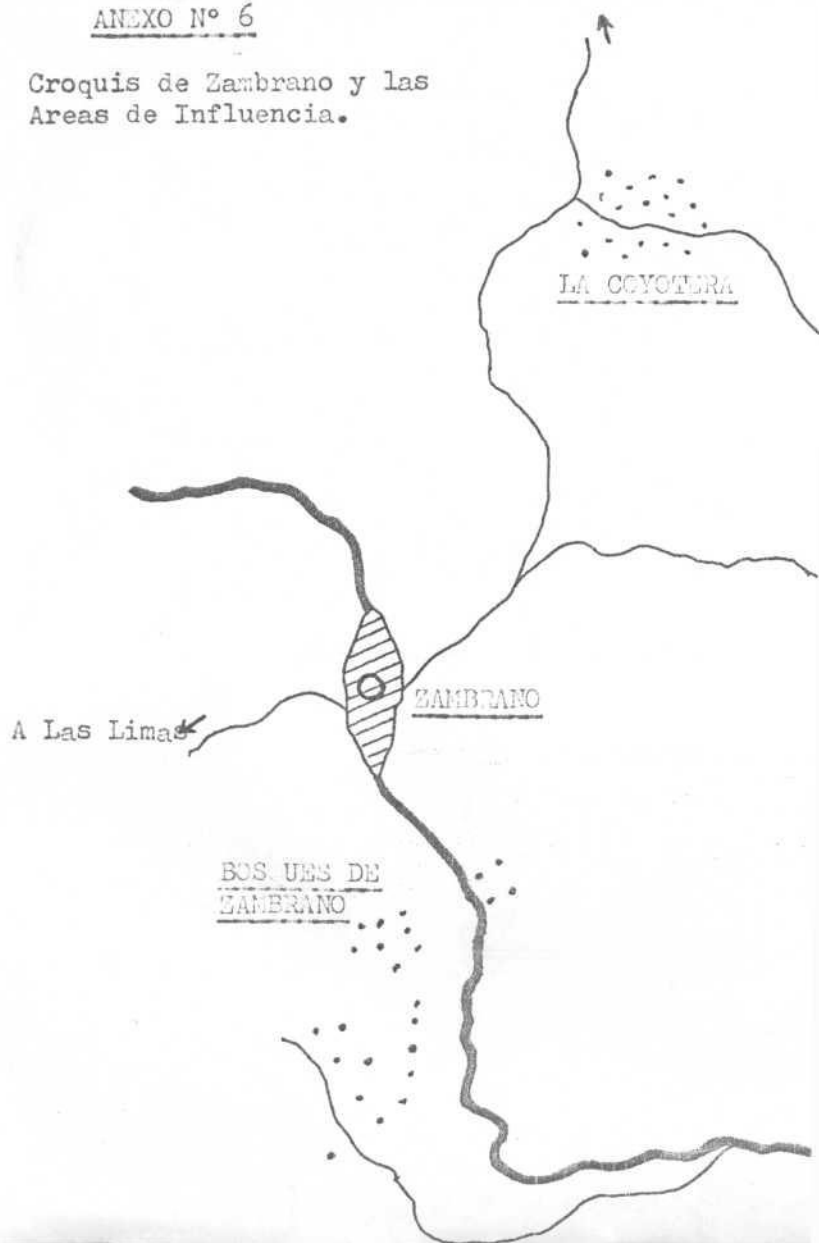
27. Haremos gráfico de la cobertura de inmunizaciones del CESAR de Zanbrano» para 1988.

- **ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD.**

23. Citaremos los grupos organizados existentes en la comunidad y las funciones de 1^3 mismos.

ANEXO N° 6

Croquis de Zambrano y las
Areas de Influencia.







La Laguna

LA MONTERA

QUEBRADON

EL SAPOTE

EL TABLON

-  Carretera Pavimentada
-  Carretera de Tierra
-  Caseríos
-  Area de Zambrano



157

Amaraçeca

